

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

N°

THÈSE 484

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE  
(Diplôme d'Etat)

PAR

VÉRY GÉRARD

ANCIEN EXTERNE des HOPITAUX de PARIS

Né le 21 Novembre 1927 à PARIS

*Présentée et soutenue publiquement le*

**1958**

RÉFLEXIONS A PROPOS

D'UN CAS

DE CHORÉE MOLLE

PRESIDENT : Monsieur le Professeur J. CATHALA

R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958

N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

VÉRY GÉRARD

ANCIEN EXTERNE des HOPITAUX de PARIS

Né le 21 Novembre 1927 à PARIS

*Présentée et soutenue publiquement le*



1958

RÉFLEXIONS A PROPOS

D'UN CAS

DE CHORÉE MOLLE

PRESIDENT : Monsieur le Professeur J. CATHALA

R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS

THE OFFICE OF THE SECRETARY OF THE ARMY

THE ARMY

THE ARMY

THE ARMY

THE ARMY

THE ARMY

THE ARMY

THE ARMY

THE ARMY

THE ARMY

THE ARMY

THE ARMY

THE ARMY

THE ARMY

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BENARD (H.), BROCC (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CARNOT (P.),  
CHABROL (Et.), CHAMPY (C.), CHEVASSU (M.), DEBRE (R.), DELBET (P.),  
DONZELOT (E.), CASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARTIER (P.)  
LAROCHE (G.), LAUBRY (Ch.), LEMAITRE (F.), LEVY-SOLAL (E.), LHERMITE (J.)  
LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.),  
MONDOR (H.), MULON (P.), OLIVIER (E.), RICHET (Ch.), SANNIE (Ch.),  
SEZARY (A.), TANON (L.), VELTER (E).

Doyen : ..... Léon BINET  
Membre de l'Institut  
Assesseur : ..... Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS

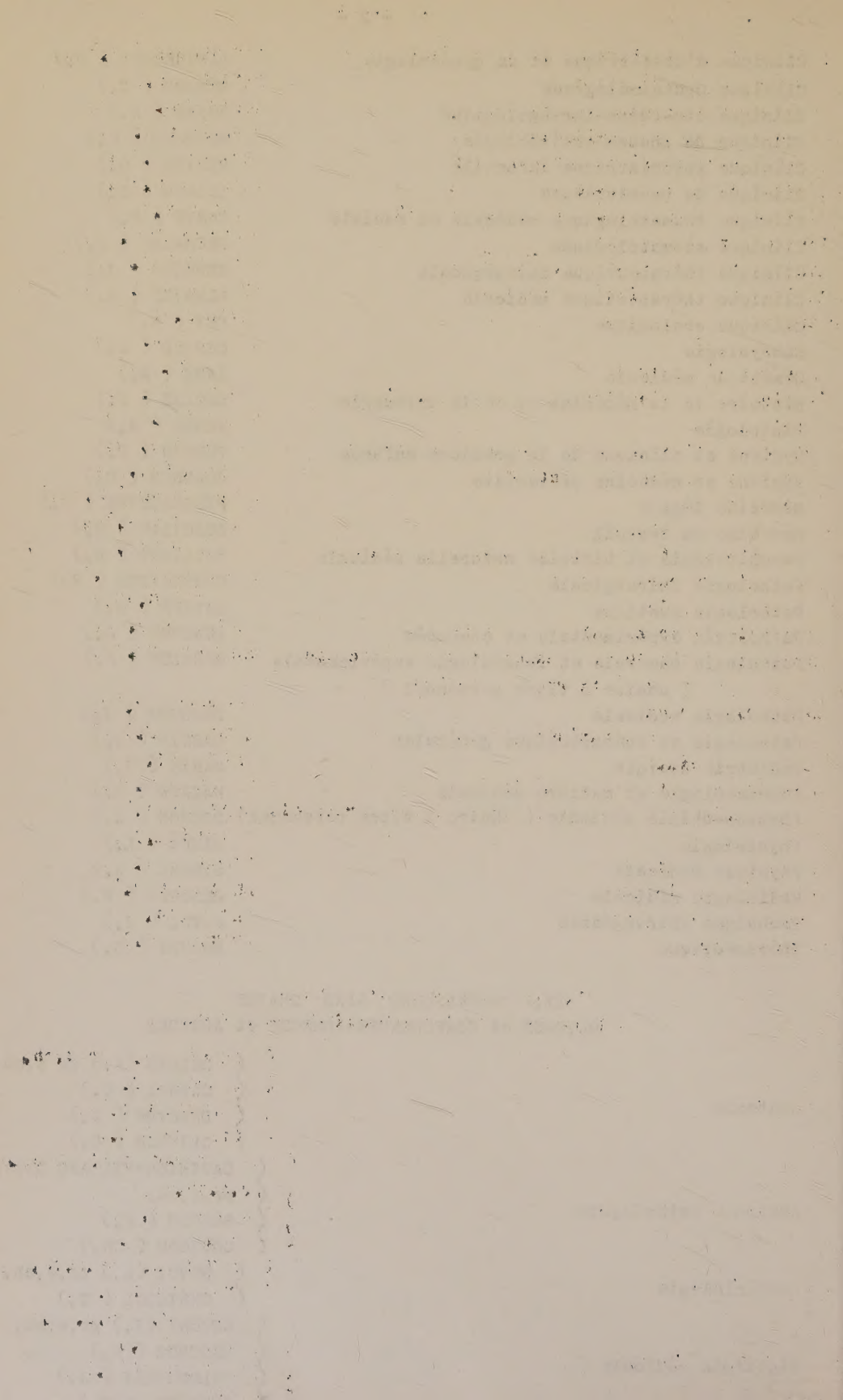
|                                                                             |               |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------|
| Anatomie                                                                    |               | CORDIER (G.)               |
| Anatomie Pathologique                                                       |               | DELARUE (A.)               |
| Bactériologie                                                               |               | FASQUELLE (R.)             |
| Biochimie Médicale                                                          |               | JAYLE (M.F.)               |
| Biologie appliquée à l'Educ. Phy. et Sports                                 |               | CHAILEY-BERT (P.)          |
| Biologie Médicale                                                           |               | FAUVERT (R.)               |
| Cancérologie Médicale et sociale                                            |               | BERNARD (J.)               |
| Clinique de cardiologie                                                     |               | MOUQUIN (M.)               |
| Cliniques Chirurgicales                                                     | { Beaujon     | SICARD (A.)                |
|                                                                             | { Cochin      | QUENU (J.)                 |
|                                                                             | { Hôtel-Dieu  | MENEGAUX (C.)              |
|                                                                             | { Salpêtrière | MOULONGUET (P.)            |
| Clinique Chirurg. réparatrice et orthopédique                               |               | MERLE D'AUBIGNE (R.)       |
| Clinique de Chirurgie cardio-vasculaire                                     |               | de GAUDARD-d'ALLAINES(F)   |
| Clinique de Chirurg. infantile et orthopédie                                |               | FEVRE (M.)                 |
| Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire                                     |               | MATHEY (J.)                |
| Clinique gynécologique                                                      |               | FUNCK-BRENTANO (P.)        |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques                             |               | DEGOS (R.)                 |
| Clinique des maladies des enfants                                           |               | CATHALA (J.)               |
| Clinique des maladies infectieuses                                          |               | MOLLARET (P.)              |
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale                            |               | DELAY (J.)                 |
| Clinique des maladies métaboliques                                          |               | HAMBURGER (J.)             |
| Clinique des maladies du sang                                               |               | MARCHAL                    |
| Clinique des maladies du système nerveux                                    |               | ALAJOUANINE (T.)           |
| Cliniques Médicales                                                         | { Bichat      | JUSTIN-BESANCON (L.)       |
|                                                                             | { Broussais   | DE GENNES (L.)             |
|                                                                             | { Cochin      | MOREAU (R.)                |
|                                                                             | { Hôtel-Dieu  | BARTETY (M.)               |
| Clinique Méd. d'Hydro-climatologie thérapeutique                            |               | DEBRAY (C.)                |
| Clinique Médicale propédeutique                                             |               | PASTEUR VALLERY-RADOT (L.) |
| Clinique médico-sociale du diabète sucré et<br>des maladies de la nutrition |               | BOULIN (R.)                |
| Clinique de neuro-chirurgie                                                 |               | PETIT-DUTAILLIS (D.)       |
| Cliniques Obstétricales                                                     | { Baudelocque | LACOMME (M.)               |
|                                                                             | { Port-Royal  | VARANGOT (J.)              |



|                                                                                  |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Clinique d'Obstétrique et de gynécologie                                         | LANTUEJOUL ( P.)  |
| Clinique Ophtalmologique                                                         | RENARD ( G.)      |
| Clinique oto-rhino-laryngologique                                                | AUBIN ( A.)       |
| Clinique de pneumo-phthisiologie                                                 | BERNARD ( E.)     |
| Clinique psychiatrique infantile                                                 | HEUYER ( G.)      |
| Clinique de puériculture                                                         | LELONG ( M.)      |
| Clinique rhumatologique médicale et sociale                                      | COSTE ( F.)       |
| Clinique stomatologique                                                          | DECHAUME ( M.)    |
| Clinique thérapeutique chirurgicale                                              | SENEQUE ( J.)     |
| Clinique thérapeutique médicale                                                  | LEMAIRE ( A.)     |
| Clinique urologique                                                              | FEY ( B.)         |
| Embryologie                                                                      | GIROUD ( A.)      |
| Génétique médicale                                                               | LAMY ( M.)        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie                                       | SOULIE ( P.)      |
| Histologie                                                                       | VERNE ( J.)       |
| Hygiène et clinique de la première enfance                                       | TURPIN ( R.)      |
| Hygiène et médecine préventive                                                   | JOANNON ( C.)     |
| Médecine légale                                                                  | PIEDELIEVRE ( R.) |
| Médecine du travail                                                              | DESOILLE ( H.)    |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale                                     | GALLIARD ( H.)    |
| Pathologie Chirurgicale                                                          | COUVELAIRE ( R.)  |
| Pathologie exotique                                                              | LAVIER ( G.)      |
| Pathologie expérimentale et comparée                                             | LENEGRE ( J.)     |
| Pathologie humorale et immunologie expérimentale<br>( chaire à titre personnel ) | MERKLEN ( F.)     |
| Pathologie médicale                                                              | DECOURT ( J.)     |
| Pathologie et thérapeutique générales                                            | GARCIN ( J.)      |
| Pédiatrie sociale                                                                | MARIE ( J.)       |
| Pharmacologie et matière médicale                                                | HAZARD ( R.)      |
| Physico-chimie médicale ( chaire à titre personnel )                             | DOGNON ( A.)      |
| Physiologie                                                                      | BINET ( L.)       |
| Physique médicale                                                                | STROHL ( A.)      |
| Radiologie médicale                                                              | DESCREZ ( H.)     |
| Technique chirurgicale                                                           | PATEL ( J.)       |
| Thérapeutique                                                                    | BROUET ( G.)      |

## II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAÎTRES de CONFÉRENCES-AGRÉGÉS et AGRÉGÉS

|                       |                                                                                |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Anatomie              | { DELMAS ( A.) pr s.ch.<br>CABROL ( C.)<br>DEBEYRE ( J.)<br>OLIVIER ( G.)      |
| Anatomie Pathologique | { GAUTHIER-VILLARD MlleP.<br>pr s.ch.<br>BUSSE ( F.)<br>GOUYGOU ( Ch.)         |
| Bactériologie         | { NEVOT ( A.) pr s.ch.<br>CHRISTOL ( D.)                                       |
| Bi chimie médicale    | { ETTORI ( J.) pr s.ch.<br>DESCREZ ( P.)<br>POLONOVSKI ( J.)<br>SCHAPIRA ( R.) |



Biologie Médicale  
Dermato-syphiligraphie  
Embryologie

Histologie

Hydrologie

Hygiène

Maladies Infectieuses

Médecine légale

Médecine du travail

Neuro-chirurgie

Neurologie

Obstétrique

Ophtalmologie

Orthopédie

Oto-rhino-laryngologie

Parasitologie

Pathologie chirurgicale

Pathologie expérimentale

BOURLIERE ( F.)  
DUPERRAT ( F.)  
TUCHMANN-DUPLESSIS ( H.)  
COUJARD ( F.)  
N ...  
N ...  
CORNET ( A.)  
BOYER ( J.) pr.s.ch.  
DEPARIS ( M.) pr.s.ch.  
BASTIN ( R.)  
DEROBERT ( L.) pr.s.ch.  
GAULTIER ( M.)  
HADENGUE ( A.)  
ALBAHARY ( G.)  
DAVID ( M.)  
LHERMITTE ( F.)  
GRASSET ( J.)  
LE LORIER ( G.)  
LEPAGE ( F.)  
MERGER ( P.)  
MORIN ( P.)  
RAVINA ( J.)  
ROBEY ( M.)  
BREGEAT ( P.)  
DESVIGNES ( P.)  
JUDET ( R.)  
AUBRY ( M.)  
MADURO ( R.)  
BRUMPT ( L.G.)  
CHABAUD ( A.)  
ABOULKER ( P.)  
BARGAT ( J.)  
BAUMANN ( J.)  
CAUCHOIX ( J.)  
DUBOST ( C.)  
FAUREL ( J.)  
FLABEAU ( F.)  
GERMAIN ( A.)  
GOSSET ( J.)  
LAURENCE ( G.)  
LORTAT-JACOB ( J.)  
MATHEY ( J.)  
OLIVIER ( Cl.)  
POILLEUX ( F.)  
THOMERET ( G.)  
VERNE ( J.M.)  
LOEPER ( J.)  
MAURICE ( P.)



BOUDIN ( G.)  
BOUVIER ( J.B.)  
BRICAIRE ( H.)  
BRISAUD ( H.)  
CASTAIGNE ( P.)  
CONTE ( M.)  
DEROT ( M.)  
DOMART ( A.)  
LAMOTTE ( M.)  
LAROCHÉ ( C.P.)  
MAGREZ ( C.)  
MILLIEZ ( P.)  
PEQUIGNOT ( H.)  
PERRAULT ( M.)  
RAMBERT ( P.)  
ROYER ( P.)  
THIEFFRY ( St.)  
TURIAF ( J.)  
WOLFROMM ( R.)  
N ...

Pathologie médicale

Pédiatrie

Pharmacologie

Physiologie

Physique Médicale

Pneumo-Phtisiologie

Psychiatrie

Psychiatrie infantile

Rhumatologie

Stomatologie

Thérapeutique

Urologie

{ JOSEPH ( R.)  
MOZZICONACCI ( P.)  
POLONOVSKY ( Cl.)  
  
{ CHEYNOL ( J.) pr.s.ch.  
LEVY (Mlle J.) pr.s.ch.  
  
{ BARJETON ( D.) pr.s.ch.  
PARROT ( J.) pr.s.ch.  
DEJOURS ( P.)  
  
{ DJOURND ( A.) pr.s.ch.  
GOUGEROT ( L.)  
  
KREIS ( B.)  
PICHOT ( P.)  
MICHAUX ( L.)  
DELBARRE ( F.)  
  
{ CERNEA ( P.)  
CHAPUT ( Mme A.)  
  
CHASSAGNE ( P.)  
KUSS ( R.)



. III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES  
CHARGES de COURS de CLINIQUE ANNEXE  
à titre permanent

|                          |                                                                                      |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Clinique chirurgicale    | { AMELINE ( A.)<br>HUGUIER ( J.)<br>LEGER ( L.)<br>PADOVANI ( P.)<br>ROUX ( M.)      |
| Clinique médicale        | { DREYFUS ( Gilbert )<br>HAGUENAU ( J.) pr.s.ch.<br>KOURILSKY ( R.)<br>MARCHAL ( G.) |
| Clinique neurologique    | DE SEZE ( S.)                                                                        |
| Clinique obstétricale    | MAYER ( M.)                                                                          |
| Clinique ophtalmologique | OFFRET ( G.)                                                                         |
| Clinique pédiatrique     | LAPLANE ( R.)                                                                        |
| Clinique psychiatrique   | BARUK ( H.)                                                                          |

=====

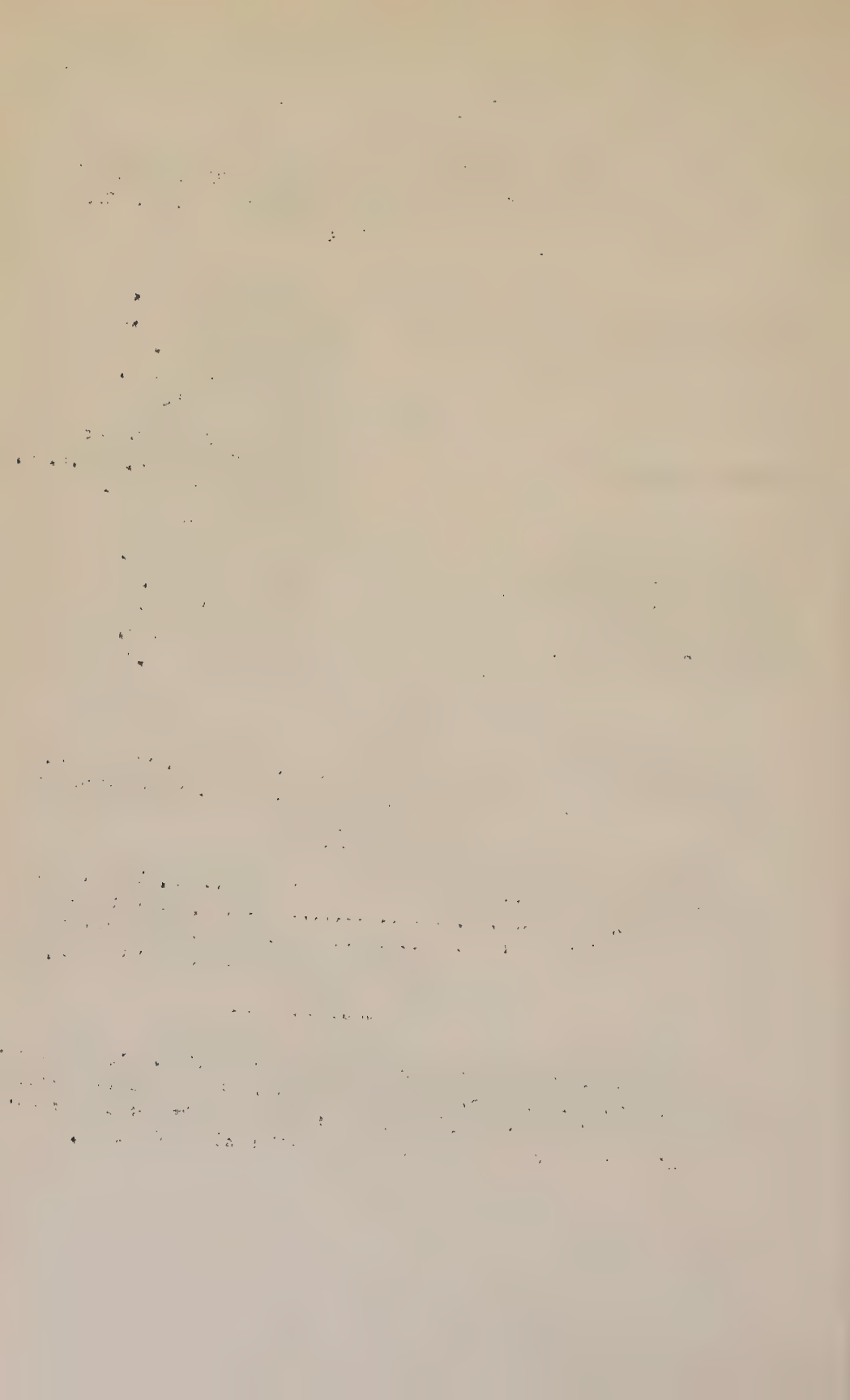
Secrétaire général de la Faculté ..... M. MOREL ( J.)  
Secrétaire ..... Mlle CHAINTREUIL ( G.)

---

Conservateur, chargé de la direction .... M. le Dr. HAHN( A.)  
Conservateur ..... Mlle GOICHON ( A.)  
Bibliothécaires ..... Mlles DUMAITRE ( P.)  
LAURENT ( H.), LE NOIR ( G.), QUIEVREUX ( E.)

---

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté  
que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées  
doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle  
n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



"Le BUT de la MEDECINE

EST de SOIGNER les MALADES"

*[Faint handwritten notes at the bottom of the page]*

1891. 1892. 1893. 1894. 1895. 1896. 1897. 1898. 1899. 1900. 1901. 1902. 1903. 1904. 1905. 1906. 1907. 1908. 1909. 1910. 1911. 1912. 1913. 1914. 1915. 1916. 1917. 1918. 1919. 1920. 1921. 1922. 1923. 1924. 1925. 1926. 1927. 1928. 1929. 1930. 1931. 1932. 1933. 1934. 1935. 1936. 1937. 1938. 1939. 1940. 1941. 1942. 1943. 1944. 1945. 1946. 1947. 1948. 1949. 1950. 1951. 1952. 1953. 1954. 1955. 1956. 1957. 1958. 1959. 1960. 1961. 1962. 1963. 1964. 1965. 1966. 1967. 1968. 1969. 1970. 1971. 1972. 1973. 1974. 1975. 1976. 1977. 1978. 1979. 1980. 1981. 1982. 1983. 1984. 1985. 1986. 1987. 1988. 1989. 1990. 1991. 1992. 1993. 1994. 1995. 1996. 1997. 1998. 1999. 2000. 2001. 2002. 2003. 2004. 2005. 2006. 2007. 2008. 2009. 2010. 2011. 2012. 2013. 2014. 2015. 2016. 2017. 2018. 2019. 2020. 2021. 2022. 2023. 2024. 2025. 2026. 2027. 2028. 2029. 2030. 2031. 2032. 2033. 2034. 2035. 2036. 2037. 2038. 2039. 2040. 2041. 2042. 2043. 2044. 2045. 2046. 2047. 2048. 2049. 2050. 2051. 2052. 2053. 2054. 2055. 2056. 2057. 2058. 2059. 2060. 2061. 2062. 2063. 2064. 2065. 2066. 2067. 2068. 2069. 2070. 2071. 2072. 2073. 2074. 2075. 2076. 2077. 2078. 2079. 2080. 2081. 2082. 2083. 2084. 2085. 2086. 2087. 2088. 2089. 2090. 2091. 2092. 2093. 2094. 2095. 2096. 2097. 2098. 2099. 2100. 2101. 2102. 2103. 2104. 2105. 2106. 2107. 2108. 2109. 2110. 2111. 2112. 2113. 2114. 2115. 2116. 2117. 2118. 2119. 2120. 2121. 2122. 2123. 2124. 2125. 2126. 2127. 2128. 2129. 2130. 2131. 2132. 2133. 2134. 2135. 2136. 2137. 2138. 2139. 2140. 2141. 2142. 2143. 2144. 2145. 2146. 2147. 2148. 2149. 2150. 2151. 2152. 2153. 2154. 2155. 2156. 2157. 2158. 2159. 2160. 2161. 2162. 2163. 2164. 2165. 2166. 2167. 2168. 2169. 2170. 2171. 2172. 2173. 2174. 2175. 2176. 2177. 2178. 2179. 2180. 2181. 2182. 2183. 2184. 2185. 2186. 2187. 2188. 2189. 2190. 2191. 2192. 2193. 2194. 2195. 2196. 2197. 2198. 2199. 2200. 2201. 2202. 2203. 2204. 2205. 2206. 2207. 2208. 2209. 2210. 2211. 2212. 2213. 2214. 2215. 2216. 2217. 2218. 2219. 2220. 2221. 2222. 2223. 2224. 2225. 2226. 2227. 2228. 2229. 2230. 2231. 2232. 2233. 2234. 2235. 2236. 2237. 2238. 2239. 2240. 2241. 2242. 2243. 2244. 2245. 2246. 2247. 2248. 2249. 2250. 2251. 2252. 2253. 2254. 2255. 2256. 2257. 2258. 2259. 2260. 2261. 2262. 2263. 2264. 2265. 2266. 2267. 2268. 2269. 2270. 2271. 2272. 2273. 2274. 2275. 2276. 2277. 2278. 2279. 2280. 2281. 2282. 2283. 2284. 2285. 2286. 2287. 2288. 2289. 2290. 2291. 2292. 2293. 2294. 2295. 2296. 2297. 2298. 2299. 2300. 2301. 2302. 2303. 2304. 2305. 2306. 2307. 2308. 2309. 2310. 2311. 2312. 2313. 2314. 2315. 2316. 2317. 2318. 2319. 2320. 2321. 2322. 2323. 2324. 2325. 2326. 2327. 2328. 2329. 2330. 2331. 2332. 2333. 2334. 2335. 2336. 2337. 2338. 2339. 2340. 2341. 2342. 2343. 2344. 2345. 2346. 2347. 2348. 2349. 2350. 2351. 2352. 2353. 2354. 2355. 2356. 2357. 2358. 2359. 2360. 2361. 2362. 2363. 2364. 2365. 2366. 2367. 2368. 2369. 2370. 2371. 2372. 2373. 2374. 2375. 2376. 2377. 2378. 2379. 2380. 2381. 2382. 2383. 2384. 2385. 2386. 2387. 2388. 2389. 2390. 2391. 2392. 2393. 2394. 2395. 2396. 2397. 2398. 2399. 2400. 2401. 2402. 2403. 2404. 2405. 2406. 2407. 2408. 2409. 2410. 2411. 2412. 2413. 2414. 2415. 2416. 2417. 2418. 2419. 2420. 2421. 2422. 2423. 2424. 2425. 2426. 2427. 2428. 2429. 2430. 2431. 2432. 2433. 2434. 2435. 2436. 2437. 2438. 2439. 2440. 2441. 2442. 2443. 2444. 2445. 2446. 2447. 2448. 2449. 2450. 2451. 2452. 2453. 2454. 2455. 2456. 2457. 2458. 2459. 2460. 2461. 2462. 2463. 2464. 2465. 2466. 2467. 2468. 2469. 2470. 2471. 2472. 2473. 2474. 2475. 2476. 2477. 2478. 2479. 2480. 2481. 2482. 2483. 2484. 2485. 2486. 2487. 2488. 2489. 2490. 2491. 2492. 2493. 2494. 2495. 2496. 2497. 2498. 2499. 2500. 2501. 2502. 2503. 2504. 2505. 2506. 2507. 2508. 2509. 2510. 2511. 2512. 2513. 2514. 2515. 2516. 2517. 2518. 2519. 2520. 2521. 2522. 2523. 2524. 2525. 2526. 2527. 2528. 2529. 2530. 2531. 2532. 2533. 2534. 2535. 2536. 2537. 2538. 2539. 2540. 2541. 2542. 2543. 2544. 2545. 2546. 2547. 2548. 2549. 2550. 2551. 2552. 2553. 2554. 2555. 2556. 2557. 2558. 2559. 2560. 2561. 2562. 2563. 2564. 2565. 2566. 2567. 2568. 2569. 2570. 2571. 2572. 25

A MA FEMME,

A MES ENFANTS,

A MES PARENTS,

A MES GRANDS PARENTS,

En témoignage de

mon affectueuse reconnaissance.



A MONSIEUR LE PROFESSEUR C A T H A L A,  
Professeur de la Clinique des Maladies des Enfants  
Membre de l'Académie de Médecine,  
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades  
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait l'honneur d'accepter  
la présidence de cette thèse.

Témoignage de notre reconnaissance  
pour l'exemple et l'enseignement  
qu'ils nous a donnés.

1. The first part of the paper is devoted to a general discussion of the problem of the origin of life. It is shown that the problem is one of the most important and most difficult in the history of science. The author discusses the various theories of the origin of life, and shows that the most plausible is the theory of spontaneous generation. This theory is based on the fact that the conditions of the early earth were such that the formation of organic molecules was a natural consequence of the physical and chemical processes going on at the time.

2. The second part of the paper is devoted to a detailed discussion of the theory of spontaneous generation. The author shows that this theory is based on the fact that the conditions of the early earth were such that the formation of organic molecules was a natural consequence of the physical and chemical processes going on at the time. The author discusses the various theories of the origin of life, and shows that the most plausible is the theory of spontaneous generation.

A MES MAITRES D'EXTERNAT :

- Monsieur le Professeur BROCC
- Monsieur le Professeur BROUET
- Monsieur le Professeur VARANGOT
- Monsieur le Docteur LAPORTE
- Monsieur le Professeur COUVELAIRE
- Monsieur le Professeur THIEFFRY
- Monsieur le Professeur LAMY
- Monsieur le Professeur LELONG
- Monsieur le Professeur CATHALA.

1. 凡屬本會之職員及會員，均應遵守本會之章程及規程。

2. 凡屬本會之職員及會員，均應遵守本會之決議及決定。

3. 凡屬本會之職員及會員，均應遵守本會之紀律及規程。

4. 凡屬本會之職員及會員，均應遵守本會之道德及風紀。

5. 凡屬本會之職員及會員，均應遵守本會之禮儀及禮貌。

6. 凡屬本會之職員及會員，均應遵守本會之服裝及儀容。

7. 凡屬本會之職員及會員，均應遵守本會之言行及舉止。

8. 凡屬本會之職員及會員，均應遵守本會之態度及精神。

9. 凡屬本會之職員及會員，均應遵守本會之風氣及習慣。

10. 凡屬本會之職員及會員，均應遵守本會之傳統及文化。

AU DOCTEUR J. S A V A R Y,

Notre Maître dans la pratique,

Avec toute notre reconnaissance  
et notre admiration.

A MES AMIS.

1. The first group of people who are interested in the study of the history of the United States are the people who are interested in the history of the United States.

... ..

... ..

1890

1990

## HISTORIQUE

---

Le terme de Danse de St Guy était primitivement donné à une manifestation collective singulière et bien différente de la maladie choreique actuelle.

A la fin du XIV<sup>e</sup> siècle et au début du XV<sup>e</sup>, des individus d'une province allemande, atteints d'une véritable choréomanie, se rendaient en pèlerinage à la chapelle de Saint-Guy à Dresselhausen près d'Ulm, " Ils venaient à un jour précis sauter et danser d'une manière frénétique " et on a pu les comparer aux Convulsionnaires de St Médard.

La Danse de Saint-Guy comprenait non seulement des manifestations hystériques, mais aussi tous les types d'agitation, myoclonies, tics, athétoses et convulsions d'origine variée.

En 1685, Sydenham (1) isole l'affection :

" sorte de convulsion qui frappe surtout les enfants de l'un et l'autre sexe de l'âge de 10 ans à la puberté.

Elle se manifeste d'abord par une espèce de boiterie ou plutôt d'instabilité de l'une et l'autre jambe que le malade traîne comme font les insensés. Ensuite, elle attaque la main du même côté, appliquée sur la poitrine ou sur toute autre partie du corps, elle ne peut à aucun prix être maintenue ne fut-ce qu'un moment dans la même situation et, quels que soient ses efforts pour résister, une certaine distorsion convulsive le fera continuellement changer de place ".

En 1810 : Bouteille (2) ( de Manosque ) reprend la description de la maladie, distingue une chorée essentielle, des chorées symptomatiques et le premier, signale les " paralysies " qui pourtant semblent avoir été entrevues par Stoll, et par Pinel au siècle précédent.



En 1850 : Todd décrit un cas de Chorée molle tandis qu'à la même époque Cermain Sée (3) établit les rapports de la chorée de Sydenham et du rhumatisme articulaire aigu.

1881 : Gowers (4) étudie la maladie et West (5) crée le terme de " Chorée Molle ".

Puis Ollive ( 1883 ) (6) Perisson (7) Michel ( 1904 ) (8) Heinevetter (9) lui consacrent leurs thèses.

Hutinel (10), Babonneix (11) au début du siècle étudient de nombreux cas de chorées de Sydenham et établissent une classification des " paralysies choréiques ".

Marinesco (12), André Thomas (13) fournissent des descriptions anatomiques; Obarrio (14) en Argentine observe de nouveaux cas de chorée molle et en recherche le mécanisme.

---



## C L A S S I F I C A T I O N

---

Ollive (6) et Michel (8) dans leurs thèses, considéraient comme de véritables paralysies les états de grande hypotonie qui survenaient au cours de la chorée de Sydenham.

La classification de ces états était faite en fonction de leur date d'apparition par rapport à celle des mouvements choréiques.

On distinguait ainsi :

### DES PARALYSIES PRECHOREIQUES :

après une courte période marquée par l'apparition de troubles psychiques mineurs, surviennent des troubles paralytiques.

Selon les cas, ils sont généralisés ou au contraire à type de monoplégie, d'hémiplégie ou de paraplégie, mais jamais ne s'accompagnent d'exagération des réflexes ni de troubles trophiques.

Peu à peu, dans une seconde période, des mouvements choréiques apparaissent :

" ils vont s'accroître au fur et à mesure que " la force augmentera dans les membres atteints et nous n'aurons plus alors devant nous que la chorée vulgaire avec ses mouvements incoordonnés " (6)

### LES PARALYSIES INTERCHOREIQUES :

apparaissent après une certaine durée d'évolution d'une chorée banale, restent localisées ou se généralisent; au cours de leur régression des mouvements choréiques réapparaissent,

### LES PARALYSIES POST-CHOREIQUES :

qui, sous les mêmes aspects, auraient pour caractéristiques :  
leur début brusque  
leur longue évolution toujours favorable.

— 22 —

1. The first part of the document is a list of names and titles, including "The First Part of the Document" and "The Second Part of the Document".

[illegible]

Ollive identifiait la Chorée Molle aux paralysies préchoréiques; pour Hutinel et Babonneix, la Chorée Molle apparaissait d'emblée ou succédant à l'un de ces trois types de paralysie.

En fait, la date d'apparition de cette grande hypotonie n'est pas la caractéristique principale de la Chorée Molle.

Forme particulière de la Chorée de Sydenham, la Chorée Molle s'en distingue essentiellement par l'intensité et la généralisation des troubles moteurs.

Pour West , c'est " un affaiblissement tout à fait hors de proportion avec l'intensité des mouvements choréiques " (5).

Ainsi, prend-elle une personnalité particulière dans le cadre de la Chorée de Sydenham dont elle pose néanmoins les mêmes problèmes pronostiques, tout spécialement cardiaques et psychiques.

---

...  
...  
...

...  
...  
...

...  
...  
...

...  
...  
...

...  
...  
...

...

## ETUDE CLINIQUE

Le début est des plus variables :

- tantôt d'emblée, l'enfant est dans un grand état d'hypotonie : c'est le problème d'une impotence complète brutale chez un enfant qui n'a pas toujours d'antécédents rhumatismaux ou choréiques,

La constatation de minimes mouvements choréiques des extrémités permet le diagnostic.

- tantôt, et ce cas paraît assez fréquent, ( Obarrio, Heinemann (15), les mouvements choréiques existent depuis quelques temps quand le tableau clinique se modifie.

Dans cette éventualité, on retrouve les mêmes symptômes qu'au début d'une Chorée de Sydenham dans sa forme commune.

Lentement, insensiblement, l'enfant devient instable, bizarre, coléreux, triste puis exagérément gai la minute suivante.

Il est vite fatigué, son attention est incapable de se fixer autant dans les jeux que dans son travail scolaire, l'écriture n'est plus soignée,

Une certaine agitation s'installe et s'accroît rapidement : le faciès est sans cesse grimaçant, les mains ne restent pas en place.

Tous ces phénomènes inaccoutumés chez un enfant jusque là bien portant, font souvent l'objet de réprimandes de la part de l'entourage.

Pourtant, un léger syndrome infectieux s'y associe; la fièvre dépasse rarement 38°, le pouls est un peu rapide.

Il est si discret parfois qu'il passe inaperçu.

Si l'enfant vient à être examiné, en général, rien ne pourra faire prévoir une chorée molle.

Dans quelques cas, certains indices d'orientation ont une valeur: par exemple, la notion d'une chute brutale, d'un véritable effondrement subit, au cours de la marche, alors que l'enfant n'avait pas perdu connaissance.

# THE HISTORY OF THE

REIGN OF

CHARLES THE FIRST

IN WHICH ARE CONTAINED THE MOST IMPORTANT  
 EVENTS OF HIS REIGN, AND THE  
 CAUSES AND CONSEQUENCES OF THE  
 GREAT CIVIL WAR

BY  
 JOHN HALLAM, ESQ.

LONDON:  
 PRINTED BY J. JOHNSON, ST. PAULS CHURCH-YARD, 1734.

IN TWO VOLUMES.

VOL. I.

THE HISTORY OF THE REIGN OF CHARLES THE FIRST, IN WHICH ARE CONTAINED THE MOST IMPORTANT EVENTS OF HIS REIGN, AND THE CAUSES AND CONSEQUENCES OF THE GREAT CIVIL WAR. BY JOHN HALLAM, ESQ.

LONDON: PRINTED BY J. JOHNSON, ST. PAULS CHURCH-YARD, 1734.

IN TWO VOLUMES.

VOL. I.

THE HISTORY OF THE REIGN OF CHARLES THE FIRST, IN WHICH ARE CONTAINED THE MOST IMPORTANT EVENTS OF HIS REIGN, AND THE CAUSES AND CONSEQUENCES OF THE GREAT CIVIL WAR. BY JOHN HALLAM, ESQ.

LONDON: PRINTED BY J. JOHNSON, ST. PAULS CHURCH-YARD, 1734.

IN TWO VOLUMES.

ou encore, l'existence de troubles psychiques plus importants qu'une simple instabilité, associées à un symptôme qui va dominer toute l'évolution, l'hypotonie constatée dès le premier examen.

- Mais habituellement, l'enfant n'est examiné qu'au moment de l'installation des premiers mouvements choréiques qui succèdent aux maladresses du début.

Ces mouvements sont semblables à ceux d'une chorée commune, mais au cours de la chorée molle, ils vont prendre un aspect évolutif particulier.

Commençant à la face, ils vont s'étendre progressivement à tout le corps où ils peuvent affecter plus spécialement un membre ou tout un côté.

Le visage est frappant par sa mobilité incessante, grimaçante et inexpressive en même temps : clignement des paupières, plissement du front, projection de la langue.

Le cou est sans cesse animé de mouvements dans tous les sens, flexion, extension, rotation.

L'agitation la plus typique touche les membres supérieurs :

Tous les muscles de la main et des doigts entrent en jeu, tandis que les avant-bras exécutent des mouvements de pronosupination et que les bras sont projetés en avant, puis en arrière, accompagnant le haussement des épaules.

L'écriture et même les mouvements les plus usuels deviennent impossibles.

Les mouvements des membres inférieurs sont plus rares et moins violents et dans certains cas, le tronc et le bassin participent à l'agitation.

" La description même la plus minutieuse ne saurait donner une idée exacte du tableau bizarre et varié que présentent les individus atteints de chorée ". ( Trousseau )

Cependant, l'analyse de ces mouvements montre qu'ils sont de deux ordres :



- d'une part, des mouvements désordonnés, irréguliers, sans but, involontaires, illogiques, pouvant se calmer sous l'influence du repos et même de la volonté.

- d'autre part, des secousses clonico-toniques survenant brusquement, plus fréquentes aux membres supérieurs. Elles persistent parfois des années après la chorée.

- Peuvent exister enfin des synkinésies facilement mises en évidence dans les formes hémichoréiques : l'occlusion forte de la main du côté sain provoque, dans ces cas, des mouvements du côté malade.

L'examen approfondi est bien difficile pendant cette période d'agitation ; les réflexes tendineux sont normaux, il n'existe pas de troubles sensitifs ni subjectifs ni objectifs.

Tout au plus, peut-on noter les symptômes de la maladie rhumatismale : les arthrites qu'il faut systématiquement rechercher quand elles ne sont pas évidentes ou réduites à une simple arthralgie retrouvée par l'interrogatoire.

Ces mouvements anormaux, après avoir atteint une certaine intensité, vont progressivement s'estomper sans disparaître complètement. Ils font place à l'hypotonie musculaire qui continue depuis le début de la maladie à se confirmer et à s'intensifier.

LES TROUBLES MOTEURS , peuvent se localiser selon le type hémiplégique ( Heinnemann ) ou monoplégique ( Cramer ).

Leur diffusion à tout l'ensemble des muscles de la vie de relation réalise la chorée molle typique.

Hutinel et Babonneix avaient insisté sur la possibilité de la prédominance des troubles moteurs, d'un côté du corps, voulant prouver ainsi la nature organique de la maladie.

The first part of the paper is devoted to a general discussion of the problem of the existence of solutions of the system of equations

$$\frac{dx}{dt} = f(x, y, z), \quad \frac{dy}{dt} = g(x, y, z), \quad \frac{dz}{dt} = h(x, y, z),$$

where  $f, g, h$  are continuous functions of  $x, y, z$  and satisfy certain conditions. The second part of the paper is devoted to a detailed study of the case when the functions  $f, g, h$  are linear.

In the third part of the paper, we consider the case when the functions  $f, g, h$  are quadratic. In the fourth part, we consider the case when the functions  $f, g, h$  are cubic.

In the fifth part of the paper, we consider the case when the functions  $f, g, h$  are of higher degree. In the sixth part, we consider the case when the functions  $f, g, h$  are transcendental.

In the seventh part of the paper, we consider the case when the functions  $f, g, h$  are of the form  $f(x, y, z) = P(x, y, z) + Q(x, y, z)$ , where  $P$  and  $Q$  are polynomials of different degrees.

In the eighth part of the paper, we consider the case when the functions  $f, g, h$  are of the form  $f(x, y, z) = P(x, y, z) + Q(x, y, z) + R(x, y, z)$ , where  $P, Q, R$  are polynomials of different degrees.

In the ninth part of the paper, we consider the case when the functions  $f, g, h$  are of the form  $f(x, y, z) = P(x, y, z) + Q(x, y, z) + R(x, y, z) + S(x, y, z)$ , where  $P, Q, R, S$  are polynomials of different degrees.

In the tenth part of the paper, we consider the case when the functions  $f, g, h$  are of the form  $f(x, y, z) = P(x, y, z) + Q(x, y, z) + R(x, y, z) + S(x, y, z) + T(x, y, z)$ , where  $P, Q, R, S, T$  are polynomials of different degrees.

Dans la forme typique, tous les muscles de la vie de relation sont touchés.

L'enfant est incapable de s'asseoir, de garder l'équilibre lorsqu'on le met sur les jambes et, parfois même, le moindre mouvement volontaire lui est impossible.

- . les membres soulevés retombent lourdement ;

- . le faciès est devenu inexpressif, les traits sont effacés ;

- . les mouvements de préhension, de mastication, de déglutition ne sont plus exécutés, créant de grosses difficultés d'alimentation.

Un symptôme particulier et constant dans toutes les observations, le mutisme absolu,

Oppenheim l'attribue à une pseudo-paralysie des cordes vocales.

Plusieurs enfants auraient déclaré, 'après leur guérison', avoir bien compris ce que l'entourage disait pendant leur maladie, mais qu'ils ne trouvaient pas la force pour y répondre.

Il est certain aussi que le comportement psychique si particulier du choréique n'est pas étranger à ce symptôme qui disparaît toujours avec la maladie.

#### L' EXAMEN NEUROLOGIQUE

permet d'analyser ces troubles moteurs.

La paralysie vraie fait défaut.

- des mouvements volontaires sont parfois ébauchés.





The first part of the paper discusses the importance of the study of the history of the United States. It is argued that a knowledge of the past is essential for a proper understanding of the present and for the guidance of the future. The author then proceeds to a detailed examination of the various factors which have shaped the development of the United States, from the early years of settlement to the present day.

In the second part of the paper, the author considers the role of the individual in the history of the United States. It is shown that the actions of individuals, particularly those of the great men of the nation, have played a significant part in the shaping of the country's destiny. The author then discusses the importance of the study of the lives of these great men, and how such a study can help us to understand the forces which have shaped the nation.

The third part of the paper is devoted to a discussion of the future of the United States. The author considers the various problems which face the nation at the present time, and offers his own views on the best way to deal with these problems. He then discusses the importance of the study of the history of the United States in the preparation of the future leaders of the nation, and how such a study can help them to understand the forces which have shaped the country and to guide it towards a better future.

In the fourth part of the paper, the author discusses the importance of the study of the history of the United States in the education of the young. He argues that a knowledge of the past is essential for a proper understanding of the present and for the guidance of the future, and that the study of the history of the United States is the best way to acquire such a knowledge. He then discusses the various methods which can be used to teach the history of the United States, and offers his own views on the best way to do so.

The fifth part of the paper is devoted to a discussion of the importance of the study of the history of the United States in the education of the young. The author argues that a knowledge of the past is essential for a proper understanding of the present and for the guidance of the future, and that the study of the history of the United States is the best way to acquire such a knowledge. He then discusses the various methods which can be used to teach the history of the United States, and offers his own views on the best way to do so.

In the sixth part of the paper, the author discusses the importance of the study of the history of the United States in the education of the young. He argues that a knowledge of the past is essential for a proper understanding of the present and for the guidance of the future, and that the study of the history of the United States is the best way to acquire such a knowledge. He then discusses the various methods which can be used to teach the history of the United States, and offers his own views on the best way to do so.

The seventh part of the paper is devoted to a discussion of the importance of the study of the history of the United States in the education of the young. The author argues that a knowledge of the past is essential for a proper understanding of the present and for the guidance of the future, and that the study of the history of the United States is the best way to acquire such a knowledge. He then discusses the various methods which can be used to teach the history of the United States, and offers his own views on the best way to do so.

## E V O L U T I O N

---

La première phase de la maladie correspond dans la plupart des cas publiés à la mise en place et à l'extension de l'agitation choréique sans grandes différences avec le début d'une Chorée commune.

L'état général est bien conservé, la fièvre discrète mais la vitesse de sédimentation très accélérée.

La durée de cette mise en place de la maladie est très variable :

de quelques jours ( Schiff (17) , ) - Tabaste (18) )  
à 2 mois pour André Thomas (13 ).

Nous verrons dans notre observation qu'elle dure 23 jours avant que l'on puisse affirmer le diagnostic de Chorée Molle avec certitude.

Ultérieurement, deux éventualités sont possibles :

- 1.- Les mouvements choréiques diminuent rapidement d'amplitude, tandis que parallèlement le tonus se modifie, l'hypotonie devenant une véritable atonie musculaire ( Obarrio (14) ).

Cette transition est insensible, l'état général est peu modifié et les troubles psychiques peu intenses.

- 2.- au contraire, assez brutalement peut se constituer un tableau clinique grave comme nous l'avons observé, identique au déroulement de l'observation de Schiff (17).

Subitement, les mouvements choréiques souvent de faible amplitude disparaissent.

Aussi brusquement, l'hypotonie se confirme, l'état général devient inquiétant.

La fièvre s'élève, oscille entre 39° et 40°, le pouls est rapide, régulier; la tension pincée, la diurèse peu importante, faite d'urines foncées.



L'enfant est prostré, immobile, pâle, les yeux mi-clos, indifférent à ce qui l'entoure; l'alimentation n'est plus possible.

Il se déshydrate : les muqueuses sont très rouges et sèches, la peau garde le pli et le poids baisse sensiblement.

Les fonctions vitales sont maintenues pendant cette période par un traitement rehydratant, mais le pronostic immédiat paraît grave.

On a pu, dans certains cas, comparer cet état de semi-coma à celui d'une méningite sévère de la base (17).

Cet état de profond abattement évolue rarement vers l'exitus comme dans les chorées malignes en quelques jours.

Il est habituellement passager ne durant que 8 à 10 jours au plus.

Dans notre observation, c'est vers le 3<sup>e</sup> jour qu'une profonde chute thermique eut lieu, laissant pendant une dizaine de jours l'enfant aux environs de 36° - 36°5.

Pendant ce temps, les mouvements choréïques ne réapparaissent pas, mais l'état de conscience s'améliore malgré le mutisme persistant.

Les explorations complémentaires souvent faites à cette période montrent :

- . une formule sanguine sensiblement normale
- . une vitesse de sédimentation très accélérée
- . un liquide céphalorachidien avec une légère lymphocytose et une albuminorachie discrète.
- . L'électroencéphalogramme est normal dans près de la moitié des cas (19).

Quand il est perturbé, les altérations sont à prédominance postérieure sous forme d'ondes lentes de 3 à 4 cycles-secondes.

Les altérations s'atténuent très lentement et peuvent persister 6 mois après la guérison clinique.

Au cours d'une 3<sup>ème</sup> phase, la Chorée molle va lentement régresser.

the first of these is the fact that the  
 system is not a simple one, and that it is not  
 possible to find a single formula which will  
 describe it.

The second of these is the fact that the  
 system is not a simple one, and that it is not  
 possible to find a single formula which will  
 describe it.

The third of these is the fact that the  
 system is not a simple one, and that it is not  
 possible to find a single formula which will  
 describe it.

The fourth of these is the fact that the  
 system is not a simple one, and that it is not  
 possible to find a single formula which will  
 describe it.

The fifth of these is the fact that the  
 system is not a simple one, and that it is not  
 possible to find a single formula which will  
 describe it.

The sixth of these is the fact that the  
 system is not a simple one, and that it is not  
 possible to find a single formula which will  
 describe it.

The seventh of these is the fact that the  
 system is not a simple one, and that it is not  
 possible to find a single formula which will  
 describe it.

The eighth of these is the fact that the  
 system is not a simple one, and that it is not  
 possible to find a single formula which will  
 describe it.

The ninth of these is the fact that the  
 system is not a simple one, and that it is not  
 possible to find a single formula which will  
 describe it.

The tenth of these is the fact that the  
 system is not a simple one, and that it is not  
 possible to find a single formula which will  
 describe it.

The eleventh of these is the fact that the  
 system is not a simple one, and that it is not  
 possible to find a single formula which will  
 describe it.

The twelfth of these is the fact that the  
 system is not a simple one, and that it is not  
 possible to find a single formula which will  
 describe it.

The thirteenth of these is the fact that the  
 system is not a simple one, and that it is not  
 possible to find a single formula which will  
 describe it.

The fourteenth of these is the fact that the  
 system is not a simple one, and that it is not  
 possible to find a single formula which will  
 describe it.

The fifteenth of these is the fact that the  
 system is not a simple one, and that it is not  
 possible to find a single formula which will  
 describe it.

L'atonie totale va disparaître, tandis que les mouvements choréiques réapparus, augmentent d'amplitude et se généralisent de nouveau à tout le corps pour disparaître définitivement lors de la guérison.

Cette évolution est toujours très longue, de l'ordre de plusieurs mois.

Ici encore, plus que par la réapparition des mouvements choréiques, le tableau clinique est dominé par l'hypotonie moins importante qu'au cours de la période précédente, mais persistante. Elle ne permet qu'une motilité réduite rendant précaire la station debout ou assise.

Les Réflexes tendineux réapparaissent un à un, la passivité musculaire diminue rendant aux muscles une consistance plus ferme ; seule, l'hyperextensibilité persistera longtemps. L'enfant sera hésitant, maladroit pour exécuter les mouvements usuels, mais chaque jour, des progrès sont constatés ; une rééducation bien conduite les favorisent.

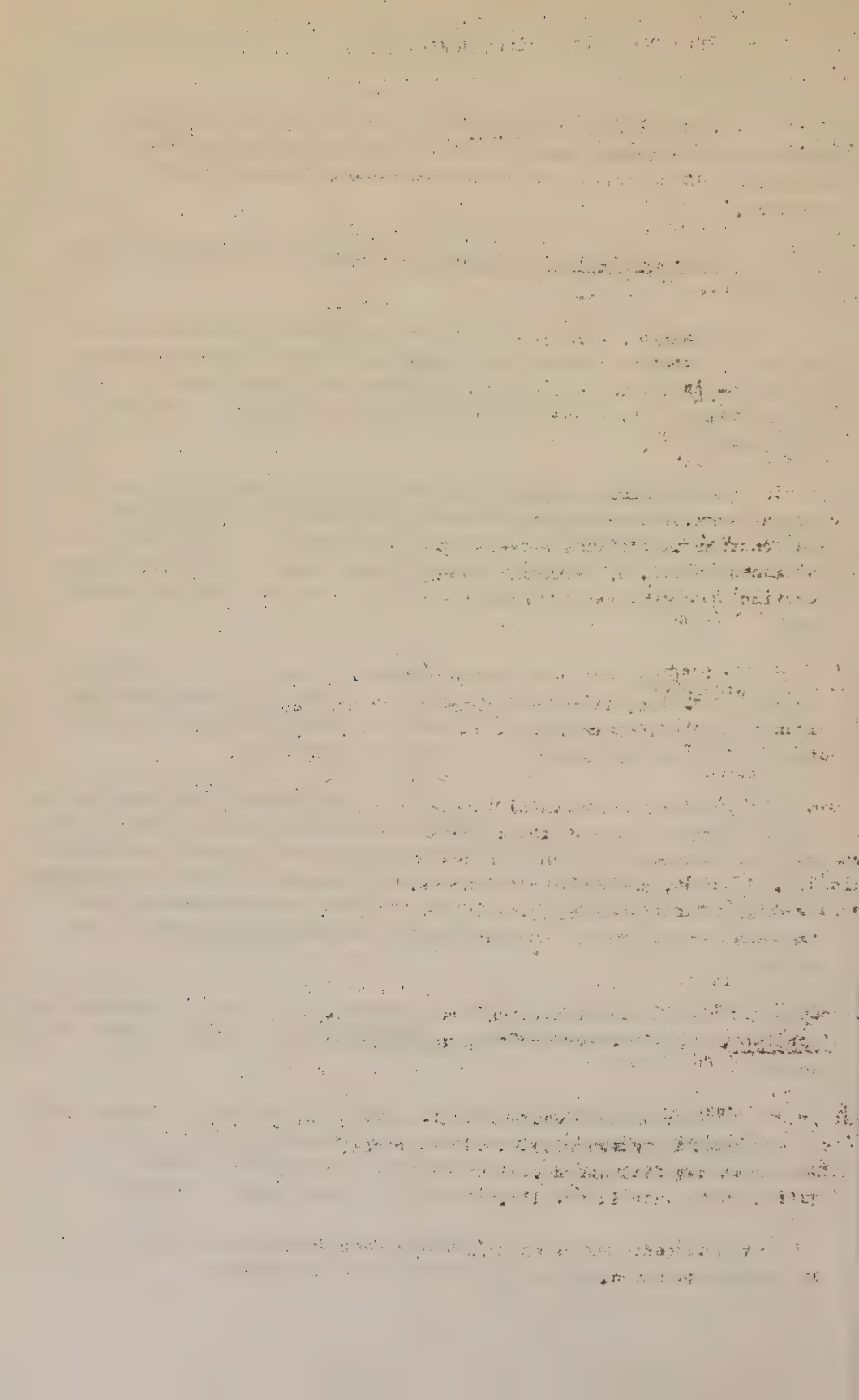
La marche est une épreuve pénible, redoutée par l'enfant ; malgré le soutien, le corps est penché en avant, les jambes sont lancées au hasard sans précision se croisant, puis s'écartant, le pied prend mal appui sur le sol et la chute est inévitable.

Au cours des progrès, les membres s'ordonnent mieux, mais après quelques pas, au prix de gros efforts survient une chute subite : véritable effondrement de tout le corps comme si en un instant, par un dé clic, le tonus musculaire disparaissait. Bientôt, les chutes s'espacent, la fatigabilité diminue et la marche redevient presque normale, mais l'enfant est obligé de se reposer entre chacune de ses courtes tentatives.

Pendant longtemps aussi, mouvements choréiques et hypotonie se combinent pour rendre impossible l'écriture, et l'enfant y prête peu d'intérêt.

Puis, quand la guérison est proche, il parvient à ébaucher quelques lettres très grosses, tremblées avec d'énormes ratures quand un mouvement choréique se déclenche dans la main qui fait effort. Il ne retrouvera que très tard l'écriture qu'il avait avant la maladie.

Ainsi, la marche et l'écriture sont deux tests cliniques simples qui permettent de juger de l'évolution vers la guérison.



Sur le plan moteur, la guérison complète et sans séquelles est la règle.

Il ne reste jamais de déficit moteur même partiel.

Il n'existe jamais d'atrophies musculaires définitives.

Quelques auteurs ( 7 - 20 - 21 ) avaient décrit des atrophies musculaires transitoires au décours de la chorée molle. Elles sont très rares, et ne laissent pas de séquelles.

Les troubles moteurs de la chorée molle ont donc une évolution cyclique dans la forme interchoréique.

La plupart des observations montrent nettement ces trois périodes :

- l'hypotonie apparaît et s'accroît pendant que les mouvements choréiques diminuent.
- puis, pendant la 2<sup>ème</sup> période, il n'y a plus de mouvements choréiques et l'hypotonie est devenue une atonie musculaire.
- enfin, au cours de la lente évolution vers la guérison, on retrouve le tableau de la première période.

Insensiblement, le tonus musculaire redeviendra normal.

Mais ce schéma est susceptible de variations :

- l'atonie étant le premier symptôme, le diagnostic n'est posé qu'à l'apparition des mouvements choréiques : c'est la paralysie préchoréique des anciens auteurs : elle est peu fréquente.
- ou bien, il s'agit d'une chorée de Sydenham, dans sa forme commune qui, après une évolution déjà longue, devient molle brusquement.
- enfin, tous les types sont réalisés suivant l'importance de l'atteinte motrice.

Toute cette longue évolution si singulière par le contraste d'une agitation désordonnée et de l'immobilité totale qui la précède ou lui succède, expose comme la chorée de Sydenham dans sa forme commune, aux mêmes complications, tout spécialement cardiaques et psychiques.



## COMPLICATIONS

---

Les Complications cardiaques sont celles de la maladie rhumatismale.

Il faut savoir la dépister par un examen cardiaque systématique.

De leur existence ou de leur absence dépend l'avenir du malade. Toute modification d'un bruit, toute constatation d'un souffle devra faire suspecter la complication cardiaque et redoubler d'attention dans la surveillance de l'enfant. Il est banal de constater assez fréquemment au cours de la chorée des souffles anorganiques, de même, une arythmie extrasystolique qui a pu faire parler de chorée du coeur a été signalée par Aubertin et Parvu.

Classiquement, on estimait l'atteinte du coeur beaucoup moins fréquente dans la chorée que dans la maladie de Bouillaud.

La tendance actuelle est moins optimiste considérant que le risque de constitution d'une cardiopathie est aussi grand dans la chorée que dans le Rhumatisme articulaire aigu.

Dans les 2 maladies, l'atteinte cardiaque est identique : les lésions de l'endocarde et du myocarde sont les mêmes; la péricardite seule est plus rare.

Ces complications se manifestent de façons diverses :

- latente, c'est l'auscultation qui la découvre et qui permet de suivre son évolution vers une altération orificielle = mitrale ou plus rarement aortique.

- parfois la cardiopathie ne peut être affirmée et après une nouvelle poussée choréique ou rhumatismale, elle sera diagnostiquée avec certitude.

- au contraire, l'atteinte cardiaque est d'emblée sévère = véritable forme cardiaque de la chorée, rappelant les formes de rhumatisme cardiaque évolutif, qui s'achemine vers une insuffisance cardiaque fébrile et irréductible ( Observ. d'André Thomas ) (13).



Le risque de ces complications fait systématiquement appliquer à la chorée le même traitement qu'à la maladie de Bouillaud.

Bien qu'au second plan, les complications psychiques ne sont pas négligeables.

La Chorée Molle, plus que la Chorée commune, s'accompagne toujours de modifications du caractère, d'irritabilité, d'instabilité.

Le mutisme plus spécial à la Chorée Molle est un signe constant. Si pour certains, comme on l'a vu plus haut, il est seulement en rapport avec l'asthénie motrice, il majore aux yeux des observateurs l'impression d'indifférence et d'apathie de l'enfant.

De véritables complications peuvent survenir plus spécialement dans les formes graves et fébriles. On devra les redouter durant la persistance d'une insomnie qui, d'ailleurs, existe très souvent dès le début de la maladie et résiste aux sédatifs habituels.

Trois ordres de symptômes ont été décrits

- un syndrome confusionnel avec désorientation dans le temps et l'espace, amnésie et onirisme
- ou bien, un délire hallucinatoire avec sensations visuelles terribles
- ou encore, un syndrome maniaque rare dans la chorée molle, mais pouvant la précéder avec hyperexcitation motrice et logorrhée.

En fait, ces complications psychiques graves sont rares.

Par contre, des légères séquelles psychiques sont communément observées : les enfants ayant eu une chorée molle restent instables, d'une nervosité excessive, travaillent mal et sont un retard scolaire fréquent.

En l'absence de récurrence choréique, ces troubles ont tendance à régresser progressivement au cours du développement de l'enfant.

D'autres complications à citer seulement pour mémoire : elles sont exceptionnelles :



- les néphrites aiguës ;
- les ulcérations cutanées favorisées par le dédubitus et les traumatismes répétées, sont évitées par des soins infirmiers attentifs, et leur surinfection supprimée par les antibiotiques.

Toutes ces complications se rencontrent plus volontiers dans les formes graves que nous avons déjà signalées :

Ces formes où l'agitation est considérable, décrite par Bouillaud comme une " folie musculaire " suivie d'une atonie musculaire totale, entraînant la mort dans le coma fébrile ou du fait d'une complication cardiaque aiguë.

Les mêmes accidents peuvent survenir secondairement au cours de chorée d'apparence bénigne.

---



## P R O N O S T I C

---

Ainsi, le Pronostic d'une chorée ne peut se faire qu'après un certain recul.

Les formes bénignes restent les plus fréquentes et certaines formes malignes ont pu guérir spontanément ou sous l'influence de la thérapeutique.

Les séquelles psychiques sont mineures.

Comme dans la maladie rhumatismale, tout le pronostic d'avenir est dominé par la possibilité d'installation d'une cardiopathie et de sa modification en cas de récurrence.

Quant au déficit moteur, symptôme de premier plan de la Chorée Molle, nous avons vu qu'il guérissait toujours sans séquelles.

Dans un grand nombre de cas, le pronostic est favorable (32) mais la Chorée Molle impliquée deux réserves :

- sa longue évolution = plusieurs mois.  
Schiff cite un cas qui dura 2 ans (17)
  - ses fréquentes récidives surtout dans les premières années qui suivent l'attaque initiale. Obarrio cite 2 cas de chorée molle récidivante ( type interchoréique)
-



## Le D I A G N O S T I C

Le diagnostic est le plus souvent évident.

Il repose essentiellement sur la constatation des mouvements anormaux.

1.- Dans les formes frustes et au début de la maladie, on doit éliminer tout ce qui n'est pas mouvement choréique =

- les mouvements reptatoires plus lents et plus étendus de l'athetose
- les tics qui reproduisent un geste toujours le même
- les myoclonies, mouvements brusques, non systématisés, rythmés ou non
- les tremblements.

2.- Il est en général facile d'éliminer les mouvements choréiques qui surviennent au cours d'un certain nombre d'affections neuropsychiatriques :

- . L'hémiplégie spasmodique infantile
- . les secousses choréiques post-comitiales
- . les manifestations hystériques
- . et les pseudochorées d'imitation

3.- Les chorées aiguës symptomatiques d'une lésion du striatum, sont rapportées à leur cause sans difficulté =

- . l'intoxication C O
- . les tumeurs cérébrales
- . la méningite tuberculeuse.

4.- Au cours de l'encéphalite type Von Economo, les mouvements choréiques posent des problèmes difficiles (23).

1871

1872

1873

1874

1875

1876

1877

1878

1879

1880

1881

1882

1883

1884

1885

1886

1887

1888

1889

1890

1891

1892

1893

1894

1895

1896

1897

1898

1899

1900

Dans ce cas, on retrouve toujours des arguments pour faire la preuve de l'encéphalite : l'état de léthargie, les paralysies oculaires, les troubles du tonus ; l'évolution apporte sa conformation en se faisant vers la rigidité et des troubles psychiques graves.

Certaines formes malignes de la chorée ont soulevé des problèmes diagnostiques à peu près insolubles avec l'encéphalite de Von Economo ( Harvier - Levaditi ) (22).

5.- En l'absence de mouvements choréiques précédant ou accompagnant la période de grande hypotonie, le diagnostic de la chorée molle peut être plus délicat.

L'inertie musculaire, l'abolition des réflexes, un syndrome infectieux discret font penser à une poliomyélite antérieure aiguë ou à une polyradiculonévrite.

- Dans la poliomyélite, l'invasion est un peu plus longue, plus fébrile, le début moins net que dans la chorée.

Il n'existe pas de troubles psychiques même mineurs.

L'extension des paralysies est progressive accompagnée de fièvre, de douleurs musculaires et non articulaires comme on peut en voir au cours d'une chorée.

Ce sont des paralysies flasques avec hypotonie et aréflexie tendineuse, frappant inégalement les divers groupes musculaires et laissant toujours d'importantes séquelles.

- Dans la polyradiculonévrite type Guillain-Barré, l'évolution est apyrétique et les paralysies sont plus des parésies symétriques, non massives et précédées de paresthésies très évocatrices.

Le début peut être très brutal en pleine santé apparente parfois, il s'installe très lentement et le diagnostic est fait devant une dissociation albumino cytologique du liquide céphalorachidien, signe caractéristique de Guillain-Barré.

Les paralysies guérissent là aussi sans séquelles.

- Dans les formes courantes, le diagnostic est toujours fait, mais il existe des cas difficiles où

- la poliomyélite se manifeste sous une forme hypotonique généralisée ,



- où le syndrome de Guillain-Barré est associé à quelques troubles psychiques et des signes cérébelleux mineurs
- Les éléments de l'interrogatoire sont essentiels :
- car les antécédents, chez ces sujets, de Rhumatisme articulaire aigu ou de Chorée de Sydenham ont une grosse valeur en faveur de la Chorée Molle ,
- de même, la période initiale de la maladie avec son groupement de symptômes et leur chronologie permet de bien orienter le diagnostic ,
- enfin, l'observation attentive de l'enfant permettant de découvrir de minimes mouvements choréiques des extrémités suffit au diagnostic.

Rapidement, d'ailleurs, l'évolution viendrait confirmer ou infirmer la Chorée Molle.

Citons enfin la classique polyradiculonévrite arsenicale qui, survenant au cours du traitement d'une Chorée commune, pouvait laisser croire à l'installation d'une Chorée Molle.

Le début en est très progressif avec des paresthésies importantes, l'atteinte des nerfs craniens est fréquente et les troubles sensitifs toujours très importants.

L'arrêt de la thérapeutique suffit à la guérison.

Ce type d'accident survenait au cours des traitements arsenicaux par liqueur de Boudin que certains auteurs comme Comby donnaient à très fortes doses. Il n'existait jamais de séquelles.

---

The first part of the paper is devoted to a discussion of the general principles of the theory of the structure of the atom. It is shown that the structure of the atom is determined by the laws of quantum mechanics, which are based on the principle of the uncertainty of the position and momentum of the particles.

The second part of the paper is devoted to a discussion of the structure of the nucleus. It is shown that the structure of the nucleus is determined by the laws of quantum mechanics, which are based on the principle of the uncertainty of the position and momentum of the particles.

The third part of the paper is devoted to a discussion of the structure of the molecule. It is shown that the structure of the molecule is determined by the laws of quantum mechanics, which are based on the principle of the uncertainty of the position and momentum of the particles.

The fourth part of the paper is devoted to a discussion of the structure of the crystal. It is shown that the structure of the crystal is determined by the laws of quantum mechanics, which are based on the principle of the uncertainty of the position and momentum of the particles.

The fifth part of the paper is devoted to a discussion of the structure of the solid. It is shown that the structure of the solid is determined by the laws of quantum mechanics, which are based on the principle of the uncertainty of the position and momentum of the particles.

The sixth part of the paper is devoted to a discussion of the structure of the liquid. It is shown that the structure of the liquid is determined by the laws of quantum mechanics, which are based on the principle of the uncertainty of the position and momentum of the particles.

The seventh part of the paper is devoted to a discussion of the structure of the gas. It is shown that the structure of the gas is determined by the laws of quantum mechanics, which are based on the principle of the uncertainty of the position and momentum of the particles.

## DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

---

Longtemps considérée comme une névrose, on admet actuellement que la Chorée de Sydenham est une maladie infectieuse organique du système nerveux.

Nous verrons d'ailleurs que les lésions anatomiques ne sont pas limitées au système nerveux.

Du cadre de la Chorée de Sydenham, il faut éliminer les Chorées aiguës symptomatiques car ces chorées sont passagères, évoluant rapidement avec la guérison de la maladie causale.

Elles ne font pas de rechutes et ne donnent pas lieu à des cardiopathies secondaires.

En fait, la seule notion étiologique réelle est celle concernant les rapports de la Chorée de Sydenham avec le Rhumatisme articulaire aigu.

Depuis longtemps, Germain Sée (3) puis Henri Roger les ont mises en évidence.

- Dans 50 % des cas environ, le Rhumatisme articulaire aigu est connu quand la chorée survient.

- Parfois, Chorée et Rhumatisme évoluent simultanément et il est fréquent de voir apparaître en même temps que les premiers mouvements choréiques des arthrites fugaces mobiles et même des érythèmes rhumatismaux.

Dans les deux maladies, on observe effectivement ,

- la même évolution à rechutes avec les mêmes signes biologiques
- des lésions cardiaques identiques
- les mêmes possibilités d'érythèmes cutanés et de nodules de Meynet
- et au cours des autopsies, des nodules d'Aschoff dans le myocarde.

•

Malgré quelques discordances qui ne sont qu'apparentes, telles que la prédilection de la chorée pour les filles de 7 à 10 ans, la fréquence moindre des complications cardiaques, le recul permet de conclure à l'identité des deux maladies qui se succèdent ou s'associent avec :

- la même fréquence dans les deux sexes ,
- le même pourcentage de complications cardiaques définitives ,
- le même taux de mortalité.

Donc, les deux maladies ont sensiblement le même pronostic et leurs nombreux points communs cliniques, anatomiques, évolutifs laissent à penser que l'étiologie est semblable.

La Chorée molle qui n'est qu'une forme clinique de la Chorée de Sydenham rentre dans ce cadre et plusieurs cas ont été observés alternés ou associés à un Rhumatisme articulaire aigu.

Parfois, la maladie rhumatismale est latente et la chorée est la première manifestation clinique. L'observation d'Heinmann (15) montre comment chez un jeune garçon une hémichorée droite typique survient 2 semaines après une amygdalectomie pour amygdalite chronique. 2 à 3 jours plus tard, le tableau était celui d'une hémichorée molle qui persiste cinq semaines et finit par guérir.

Chez ce garçon indemne de tout antécédent rhumatismal, il semble que l'intervention a été le facteur déclenchant de la maladie choréique comme chez d'autres sujets l'amygdalectomie a pu provoquer une poussée de Rhumatisme articulaire aigu.

L'infection d'un foyer fermé, brusquement libéré, a donc le même pouvoir dans le mécanisme qui paraît univoque du Rhumatisme articulaire aigu et de la Chorée.

L'intérêt de ces problèmes étiologiques réside dans les tentatives thérapeutiques de prophylaxie qu'on applique désormais à la Chorée suivant le même schéma qu'au Rhumatisme articulaire aigu.



## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

---

Les documents anatomiques de la chorée molle sont très peu nombreux dans la littérature.

Les quelques autopsies pratiquées ne permirent jamais de déterminer avec certitude les lésions responsables du tableau clinique décrit même en utilisant les méthodes histologiques les plus fines. Nous ferons l'analyse de ces lésions étudiées par plusieurs auteurs, en particulier :

Marinesco (12), Lhermitte, André Thomas (13).

Pour faciliter leur description, on peut distinguer avec Lhermitte, les lésions inflammatoires et les lésions dégénératives du système nerveux.

Puis nous verrons comment les interpréter et leurs rapports avec les autres lésions viscérales.

### LES LESIONS DEGENERATIVES :

1.- Les altérations cellulaires n'ont rien de spécifique et traduisent seulement la souffrance du tissu nerveux :

La Chromatolyse est le phénomène le plus visible, mis en évidence par la méthode de Nissl

Elle est variable allant de la simple réduction du volume ou du nombre d'éléments jusqu'à l'état poussiéreux.

Elle peut s'accompagner de modifications des cellules :

- modifications de leur forme
- gonflement ou atrophie
- présence d'enclaves là où les éléments névrogliques sont en relation plus intime avec elles, mais nulle part, on ne voit d'indice de neurophagie ou plus exactement selon Marinesco de nécrophagie.

# THE HISTORY OF THE

REPUBLIC OF THE UNITED STATES

OF THE UNITED STATES OF AMERICA

THE HISTORY OF THE  
REPUBLIC OF THE UNITED STATES  
OF AMERICA

THE HISTORY OF THE  
REPUBLIC OF THE UNITED STATES  
OF AMERICA

THE HISTORY OF THE  
REPUBLIC OF THE UNITED STATES  
OF AMERICA

THE HISTORY OF THE  
REPUBLIC OF THE UNITED STATES  
OF AMERICA

THE HISTORY OF THE  
REPUBLIC OF THE UNITED STATES  
OF AMERICA

THE HISTORY OF THE  
REPUBLIC OF THE UNITED STATES  
OF AMERICA

THE HISTORY OF THE  
REPUBLIC OF THE UNITED STATES  
OF AMERICA

THE HISTORY OF THE  
REPUBLIC OF THE UNITED STATES  
OF AMERICA

THE HISTORY OF THE  
REPUBLIC OF THE UNITED STATES  
OF AMERICA

THE HISTORY OF THE  
REPUBLIC OF THE UNITED STATES  
OF AMERICA

THE HISTORY OF THE  
REPUBLIC OF THE UNITED STATES  
OF AMERICA

THE HISTORY OF THE  
REPUBLIC OF THE UNITED STATES  
OF AMERICA

2.- Les altérations de la névroglie ne se traduisent pas tant par une désintégration cellulaire ni par une nécrophagie importante de quelques résidus protoplasmiques que par une multiplication des noyaux névrogliques et surtout de ceux de la microglie.

La satellitose est en effet très dominante sur toutes les coupes faites à divers étages du système nerveux central.

3.- Quant aux fibres de la substance blanche, aucune dégénérescence n'est jamais signalée.

LES LÉSIONS INFLAMMATOIRES sont variables dans leur intensité.

Peuvent être constatés :

- des vaisseaux plus ou moins dilatés entourés d'un oedème périvasculaire ;
- des amas lymphocytaires périveineux ;
- des extravasats hématiques avec une désintégration ferrique sous forme de fines granulations dans la paroi des capillaires.

#### TOPOGRAPHIE DES LÉSIONS

Elles sont diffuses, plus ou moins associées entre elles à différents niveaux du système nerveux. On les trouve essentiellement dans l'écorce, les centres sous-corticaux, les noyaux gris centraux, la région hypothalamique, le cervelet. La moelle épinière n'est pas épargnée.

L'écorce cérébrale est, dans certains cas, absolument indemne; ailleurs, elle est le siège de lésions inflammatoires.

Deux régions sont plus spécialement touchées : les lésions y sont souvent associées et beaucoup plus intenses ; les différents observateurs les y ont toujours retrouvées :

- d'une part : le Corps strié et la Couche Optique.

Dans le Corps strié, les lésions s'étendent sur : le Noyau coudé et le noyau lenticulaire au niveau du globus pallidus.



- d'autre part, : le Cervelet où les altérations de la substance blanche des lamelles débordent parfois sur les noyaux gris.

Interprétation de ces lésions :

La topographie des lésions anatomiques de la Chorée molle concordent assez bien avec les signes cliniques objectifs ( André Thomas ).

Mais on doit remarquer qu'un organe non impliqué dans un processus anatomopathologique peut néanmoins intervenir dans l'apparition des mouvements choréiques. Ainsi, il paraît difficile d'exclure le rôle de l'écorce cérébrale même si elle paraît indemne ou légèrement atteinte.

On a voulu classer les chorées en deux types anatomiques selon la prédominance des lésions dégénératives et inflammatoires ou plutôt suivant qu'on constate ou non la présence de lésions inflammatoires, car les lésions dégénératives sont constantes ( Lhermitte et Pagniez ).

Il faut aussi tenir compte des conditions de la mort ( lésion cardiaque ou syndrome infectieux grave ) pour interpréter à leur juste valeur ces lésions inflammatoires.

On ne peut donc conclure avec rigueur car la Chorée peut être successivement du type dégénératif ou du type inflammatoire, associé, selon la phase de la maladie.

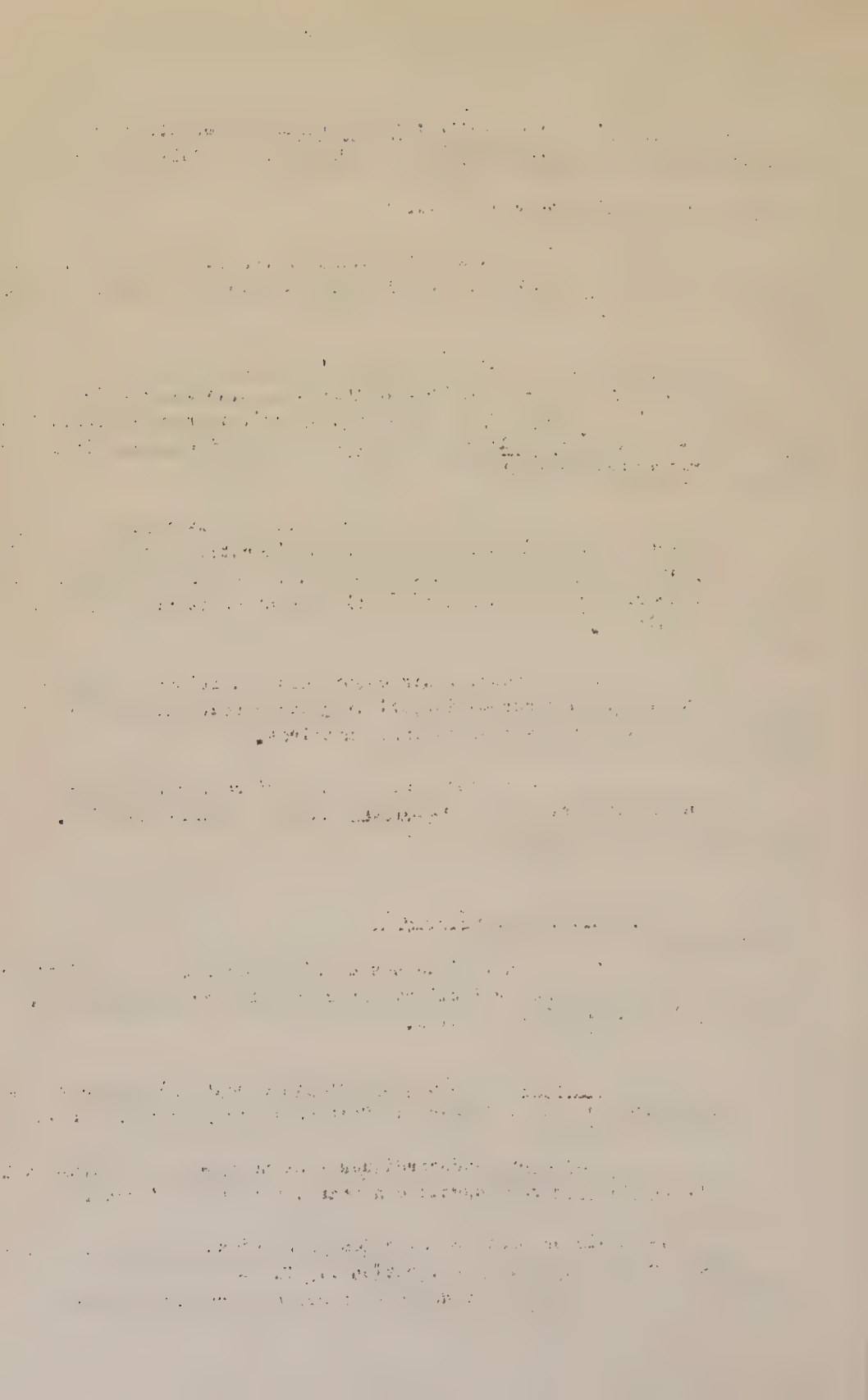
#### AUTRES LESIONS VISCERALES

L'étude anatomique des chorées molles a conduit à l'observation de lésions très particulières et constantes des muscles périphériques, du coeur et des surrénales.

Le coeur - son état est évidemment lié à la cause même de la mort qui est si souvent le fait de la complication cardiaque.

Les lésions endocardiques sont du type rhumatismal et l'on a vu que le myocarde pouvait contenir des nodules d'Aschoff.

Mais on peut observer des altérations dégénératives très importantes avec : infiltration lipofide  
et dégénérescence de certains groupes de fibres.



L'état des muscles périphériques avait déjà retenu l'attention de Rindfleisch en 1908 (24), Marinesco (12) et André Thomas (13) ont également décrit ces lésions.

Elles sont souvent très limitées à de simples infiltrations lipoidiques avec conservation de la striation.

Des altérations dégénératives plus intenses sont notées dans certaines zones seulement ou d'une façon plus diffuse à l'ensemble des muscles de la vie de relation. Le volume et la coloration du cytoplasme est modifié, les striées transversales sont, pour la plupart, disparues et certaines altérations vont jusqu'à la fragmentation de la fibre.

Des lésions dégénératives analogues ont été notées dans les viscères et spécialement les surrénales. Outre l'infiltration lipofide, la surrénale peut être en partie détruite par une hémorragie.

Ici encore, s'imposent toutes les réserves déjà dites en fonction des circonstances de la mort.

On ne peut, avec l'anatomie pathologique, expliquer toute la maladie.

Pour comprendre les différentes phases de la Chorée Molle avec ses variations d'intensité de mouvements et de tonus, sa guérison complète sur le plan moteur, il faut supposer soit des processus de suppléance, soit que les cellules atteintes sont capables de récupérer leur valeur fonctionnelle.

$\frac{1}{2} \left( \frac{1}{2} \right) = \frac{1}{4}$

 $\frac{1}{2}$ 

1

*[Faint handwritten notes]*

## P H Y S I O P A T H O L O G I E

---

La physiopathologie de la Chorée Molle nécessite de faire l'étude des mécanismes des mouvements choréiques et des troubles du tonus. Nous la ferons schématiquement en énumérant les théories proposées et en retenant ce qui peut permettre de mieux comprendre la maladie.

### Les mouvements choréiques :

- Classiquement, il existait trois théories concernant les mouvements choréiques :

deux théories sous-corticales :

#### 1. La théorie striée pure :

expliquant les mouvements anormaux par libération du pallidum et l'hypotonie également car il y aurait simultanément une inhibition du tonus normal.

#### 2. la théorie strio cérébelleuse qui attribue un rôle essentiel aux lésions des voies cérébello rubrothalamique du couple thalamo strié et de la voie efferente striorubrique

#### 3. la théorie corticale ( Wilson ) qui n'était pas reconnue par les autres auteurs.

- Actuellement, les opinions seraient plus nuancées.

Les progrès de l'expérimentation en électrophysiologie ont permis de vérifier en partie l'exactitude des théories précédentes.

On a pu localiser avec précision sur le cortex des " aires dites suppressives " dont l'effet inhibiteur par l'intermédiaire du noyau caudé sur le globus pallidus et le thalamus est maintenant démontré.

" On conçoit ainsi le mouvement anormal du type choréique comme un mouvement d'origine corticale représentant une décharge motrice en rapport avec l'activité spontanée irrégulière du cortex, et qui atteint les centres effecteurs médullaires, c'est-à-dire l'organe moteur périphérique d'exécution du fait de la mise hors circuit d'un

1. The first of these is the fact that the

the second of these is the fact that the

the third of these is the fact that the

the fourth of these is the fact that the

the fifth of these is the fact that the

the sixth of these is the fact that the

the seventh of these is the fact that the

the eighth of these is the fact that the

the ninth of these is the fact that the

the tenth of these is the fact that the

système inhibiteur complexe qui, normalement, assure la filtration des impulsions motrices, leur coordination et par là même l'harmonie des mouvements " (25)- ( pluvinage ).

La transmission des influx se ferait non par la voie pyramidale, mais par des voies dites " perapyramidales " décrites par Bucy comme des fibres très antérieures et superficielles dans le cordon antérolatéral. Ces faits permettent de rendre compte d'un certain nombre de constatations cliniques faites par les premiers observateurs :

- . Les mouvements choréiques sont abolis par le sommeil, diminués par le repos total qui supprime et diminue l'activité corticale
- . De même, une hémorragie cérébrale ou un ramollissement des zones motrices arrêtent toutes les manifestations choréiques dans la moitié opposée du corps.

Il est donc possible d'affirmer que le striatum n'est pas seul en cause dans la genèse des mouvements choréiques; le cortex y participe, indirectement, car les systèmes inhibiteurs qu'il commande sont lésés, laissant passer sans discernement toutes les excitations motrices qui se traduisent par les mouvements désordonnés à la périphérie.

Cependant, tous ces faits n'expliquent pas comment les mouvements choreiques s'effacent pour faire place à l'hypotonie majeure de la 2ème phase de la maladie.

L'hypothèse de toxines d'origine musculaire provoquées par les mouvements choreiques incessants n'est pas défendable puisqu'il existe des chorées molles d'emblée dites préchoréiques.

Les lésions anatomiques du cervelet et du système thalamostrié dont on sait les rôles dans la régulation du tonus physiologique ne peuvent rendre compte des faits pathologiques.

Ces lésions sont d'ailleurs constatées chez des sujets morts de complications cardiaques, les observations précisant toutes que la chorée molle en tant que syndrome moteur avait déjà régressé.

Pour Marinesco, la cause du passage de la chorée commune à la chorée molle ne peut s'expliquer par des lésions du système nerveux central même si l'on admettait qu'elles soient strictement fonctionnelles.



Les lésions musculaires décrites, traduisent de profondes perturbations biochimiques de la fibre musculaire.

Les réserves de glycogène y sont totalement épuisées et sa resynthèse paraît entravée.

L'hypothèse d'un processus toxique de la fonction myoneurale est avancée. Elle resterait à vérifier par des moyens histochimiques adaptés.

Obarrio (14) dans plusieurs de ses observations a insisté sur l'importance de l'Hypotonie capable de faire disparaître les mouvements choreiques. Il envisage après maintes hypothèses, la possibilité d'une altération fonctionnelle étendue à toute la " voie tonique finale " , comprenant par là non seulement la fibre musculaire et la fonction myoneurale mais aussi les cellules motrices des cornes antérieures ( les lésions anatomiques y sont discrètes ) et toute cette voie parapyramidale étudiée à propos des mouvements choreiques.

Les deux cas de Chorée molle interchoreique récidivante seraient pour Obarrio un argument en faveur de la particulière labilité de ces voies nerveuses. Faut-il parler de lésions fonctionnelles ? ou plus simplement de conditions biologiques telles qu'à un certain moment de la maladie choreique la transmission de l'influx nerveux n'est plus réalisable sur les voies du tonus qui sont aussi celles des mouvements anormaux.

Quand l'équilibre se rétablit, le tonus revient et les mouvements réapparaissent, mais les lésions anatomiques persistent comme on l'a vu.

Depuis longtemps, de nombreux auteurs devant les constatations anatomiques ont pensé au rôle que pourrait jouer l'insuffisance surrénale.

Déjà Sergent en 1910 l'avait évoqué (26) puis cette notion est développée par Maury (27), affirmée par Delay (28) Marinesco et Obarrio ( déjà cités ).

Les travaux récents de Aingers (29) ont prouvé la réalité de cette insuffisance surrénale par différentes explorations biologiques tant dans le rhumatisme articulaire aigu que dans la Chorée de Sydenham.

Elle se traduirait par une importante baisse des 17-cétostéroïdes et par les modifications de diverses propriétés du plasma.



La surrénale ne produirait pas assez rapidement ses stéroïdes pour maintenir une concentration suffisante dans le sang.

Les thérapeutiques par les hormones corticosurrénales peuvent effectivement donner des améliorations rapides et mêmes qualifiées d'impressionnantes par certains auteurs ( Boudin (30) - Torrès Marty (31) ).

Les échecs ou du moins l'inefficacité de la Deltacortisone sur l'hypotonie ( notre observation ) tendent à prouver que l'insuffisance surrénale n'est pas seul facteur qui permette d'expliquer les phénomènes pathologiques.

Ainsi, la compréhension des mécanismes de la Chorée Molle est encore imparfaite.

Les documents anatomiques sont rares et les lésions étudiées ne sont peut-être que le reflet de désordres biologiques complexes et inexplorés.

---



## Le T R A I T E M E N T

La Chorée de Sydenham dans sa forme de chorée molle est une maladie de l'enfant spontanément curable dans un grand nombre de cas.

Des mesures hygiéniques et quelques médications symptomatiques suffisent.

Mais l'existence de chorée d'évolution prolongée et surtout compliquée implique le besoin d'un traitement plus radical.

### I TRAITEMENT HYGIENIQUE :

1.- au cours de la période d'agitation, on imposera

- le repos permanent au lit
- l'isolement complet de l'enfant seulement réalisable en milieu hospitalier
- Il faut éviter le bruit, la lumière vive, les jeux et la lecture dans la mesure du possible
- la psychothérapie est utile : elle consiste surtout à apprendre l'enfant à contrôler par la volonté son agitation
- le Régime doit être normal.

Si des hormones surrénales sont prescrites, le régime sans sel est systématique.

2.- au cours de la période d'atonie :

- les soins infirmiers sont essentiels : il faut éviter toute souillure, cause de surinfection
- il faut empêcher l'apparition d'escarrhes en couchant alternativement le malade dans diverses positions pour éviter que le point d'appui soit toujours le même
- toute attention sera donnée à l'alimentation difficile à cette période avec le risque constant de fausses routes.

1. The first part of the report

2. The second part of the report

3. The third part of the report

4. The fourth part of the report

5. The fifth part of the report

6. The sixth part of the report

7. The seventh part of the report

8. The eighth part of the report

9. The ninth part of the report

10. The tenth part of the report

11. The eleventh part of the report

12. The twelfth part of the report

13. The thirteenth part of the report

14. The fourteenth part of the report

15. The fifteenth part of the report

16. The sixteenth part of the report

17. The seventeenth part of the report

II

TRAITEMENT SEDATIF

- le gardenal essentiellement à la dose de 5 à 10 cg par 24 H. qu'on peut augmenter progressivement de 2 à 3 cg par jour jusqu'à la dose maxima tolérée sans somnolence excessive.
- le Chloral peut se donner à raison de 0,50 à 2 gr/24 H.
- le Phénergan et la Chlorpromazine ( Largactil ) ont été utilisés avec succès semble-t-il sur les troubles psychiques par quelques auteurs :

Ces produits doivent être maniés à faibles doses et ils seraient peu indiqués dans la Chorée molle.

III

TRAITEMENT ANTIINFECTIEUX

Longtemps, le traitement arsenical était à la 1ère place. La liqueur de Boudin était la plus communément employée chez les enfants de plus de 6 ans, à doses progressives en commençant par deux grammes par 24 heures et jusqu'à 10 grammes.

Certaines chorées molles étaient attribuées à cette thérapeutique.

- les dérivés salicylés :

Salicylate de soude ou Aspirine 2 à 4 grammes par jour selon l'âge et en surveillant la salicylémie régulièrement

- Actuellement, le traitement est le même que celui d'une maladie de Bouillaud.

Pénicilliothérapie quotidienne à la dose moyenne d'un million par jour poursuivie parallèlement au traitement hormonal.

IV

TRAITEMENT ANTIINFLAMMATOIRE

La Delta-Cortisone est la plus sûrement utilisée à la dose moyenne de 30 - 40 mg par jour, dose qu'on réduira progressivement en fonction de l'état de l'enfant.

L'arrêt de cette thérapeutique est fonction de l'amélioration clinique ;

1. The first part of the report is a general introduction to the subject.

2. The second part of the report is a detailed description of the methods used in the study.

3. The third part of the report is a discussion of the results of the study.

4. The fourth part of the report is a conclusion and a list of references.

5. The fifth part of the report is a summary of the main findings of the study.

6. The sixth part of the report is a list of the authors' names.

7. The seventh part of the report is a list of the titles of the papers presented at the conference.

8. The eighth part of the report is a list of the names of the speakers at the conference.

9. The ninth part of the report is a list of the names of the organizers of the conference.

10. The tenth part of the report is a list of the names of the sponsors of the conference.

11. The eleventh part of the report is a list of the names of the participants in the conference.

12. The twelfth part of the report is a list of the names of the members of the conference.

13. The thirteenth part of the report is a list of the names of the members of the conference.

14. The fourteenth part of the report is a list of the names of the members of the conference.

15. The fifteenth part of the report is a list of the names of the members of the conference.

- stabilisation de la température, du pouls
- réapparition de l'appétit
- diminution de l'hypotonie et ébauche de quelques mouvements volontaires -

et de l'amélioration humorale : principalement l'abaissement notable de la vitesse de sédimentation par rapport aux chiffres initiaux en sachant qu'elle restera longtemps au dessus de la normale.

Dans les formes graves, le schéma thérapeutique est sensiblement le même, mais

d'une part, l'antibiothérapie sera polyvalente et la corticothérapie à forte dose en perfusion si l'administration orale s'avère impossible ,

d'autre part, le traitement symptomatique ,

- perfusions intraveineuses de sérum quand la déshydratation s'amorce
- les analgésiques cardiovasculaires : camphres, caféine à la demande.

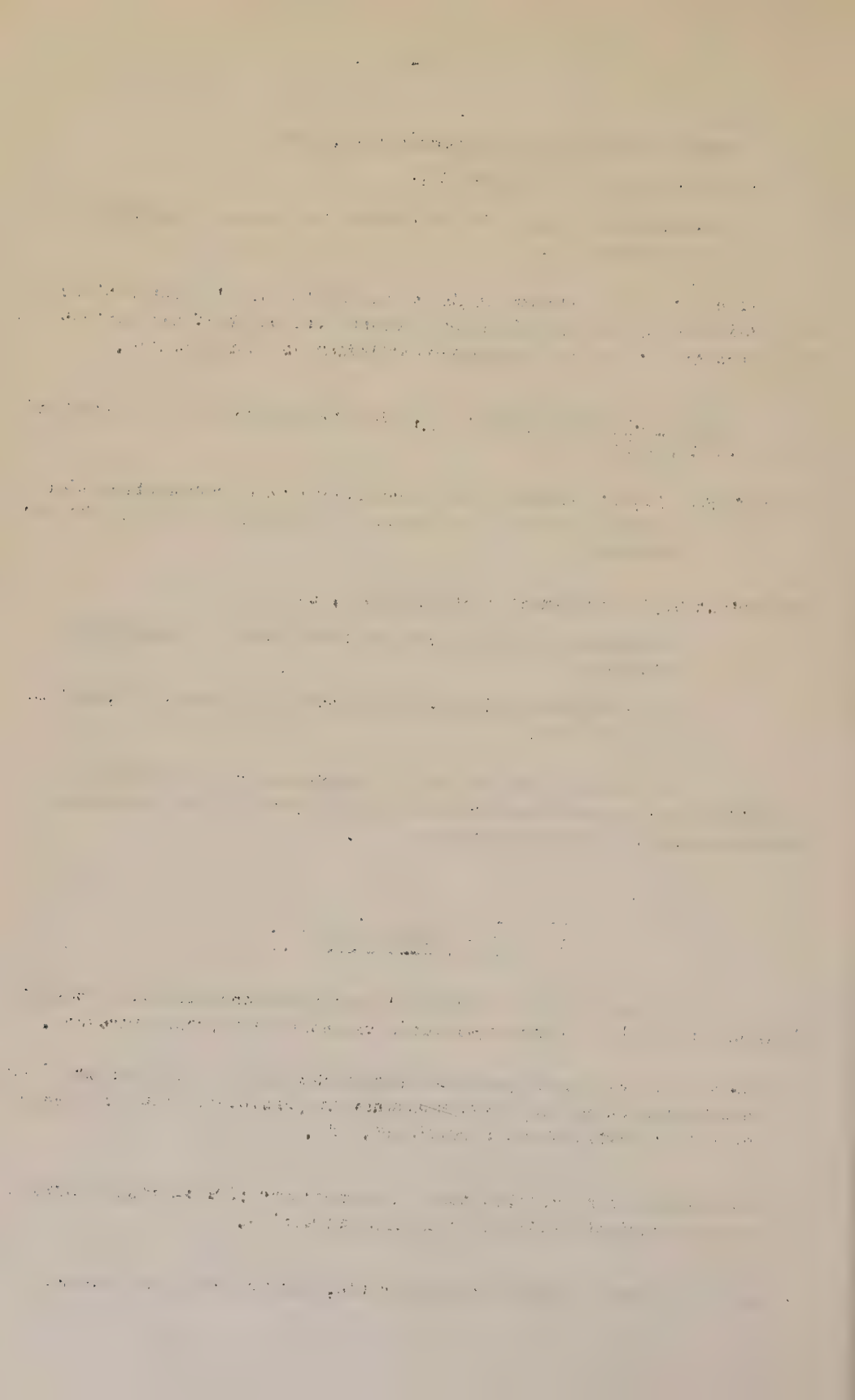
On évitera dans ces cas, l'encombrement pulmonaire et l'obstruction des voies respiratoires supérieures que des tentatives d'alimentation pourraient provoquer.

V

LA REÉDUCATION

La Rééducation est absolument indispensable pour aider l'enfant à mieux utiliser les forces qui lui reviennent progressivement.

- Elle ne sera commencée que très prudemment, dès que les premiers mouvements volontaires deviendront possibles et que les mouvements choreiques diminueront d'amplitude.
- Les séances seront quotidiennes et brèves pour ne pas fatiguer l'enfant, associant massages et mobilisation.
- Dès que la marche devient possible, les progrès sont plus rapides.



La Convalescence sera de plusieurs mois dans un lieu de séjour calme et si possible dans un climat sédatif.

Les précautions qui entourent cette longue convalescence sont essentielles car elles donneront à l'enfant toutes les chances d'éviter une reprise de la chorée comme il est si fréquent de voir.

Le traitement prophylactique est désormais érigé en un dogme ; c'est celui de la maladie de Bouillaud.

Juguler tout foyer d'infection en est le but.

D'une part, on traite tous les foyers suspects, amygdales, dents, sinus ;

D'autre part, on fait pendant de longs mois des injections régulières de pénicilline à long retard.

Les résultats sont assez heureux avec quelques défaillances cependant.

Mais les rechutes sont devenues plus rares.

---

1. The first part of the report is a general introduction to the subject of the study. It discusses the importance of the study and the objectives of the research.

2. The second part of the report is a detailed description of the methodology used in the study. It includes information about the sample size, the data collection methods, and the statistical analysis techniques.

3. The third part of the report is a presentation of the results of the study. It includes tables and graphs showing the data and the findings of the research.

4. The fourth part of the report is a discussion of the results and their implications. It includes a comparison of the findings with previous research and a discussion of the limitations of the study.

5. The fifth part of the report is a conclusion and a summary of the findings. It includes a final statement about the results of the study and a recommendation for further research.

6. The sixth part of the report is a list of references. It includes a list of all the sources used in the study, including books, articles, and other documents.

7. The seventh part of the report is an appendix. It includes any additional information that is relevant to the study, such as raw data, questionnaires, and other documents.

8. The eighth part of the report is a final statement. It includes a final statement about the results of the study and a recommendation for further research.

9. The ninth part of the report is a list of references. It includes a list of all the sources used in the study, including books, articles, and other documents.

## O B S E R V A T I O N

---

Nous avons eu l'occasion de suivre le déroulement complet d'un cas de chorée molle dans le service de notre maître, le Professeur Cathala.

Le 30 Novembre 1957, une enfant de 6 ans  $\frac{1}{2}$ , L ... Ghislaine, est hospitalisée à la Clinique Médicale Infantile des Enfants-Malades pour un syndrome choréique qui avait débuté dix jours plus tôt le 20 Novembre.

L'interrogatoire de la famille nous apprend que cette enfant s'est toujours normalement développée sans incident ;

C'est la première fois qu'elle est animée de mouvements choréiques et jamais, elle n'a eu le moindre phénomène qui puisse faire penser à une maladie rhumatismale dans ses antécédents.

On ne retrouve en effet que deux maladies :

une rougeole bénigne à 10 mois,

un Paludisme contracté à Madagascar, traité par la Nivaquine et considéré comme guéri avant son retour en France en Mai 1957.

Les parents, ainsi que les quatre frères et soeurs sont bien portants.

Au mois d'Octobre 1957, l'enfant fait une grippe en même temps que toute sa famille.

Peu fatiguée par cette courte maladie, elle travaille très bien à l'école, mais au début Novembre, sans raison, devient très turbulente et à bout de patience, fait de violentes colères, bientôt de plus en plus fréquentes.

Le 20 Novembre : très brutalement, au cours de la classe, l'enfant s'effondre près de son bureau sans perdre connaissance, mais sans pouvoir se relever seule.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
THE UNIVERSITY OF CHICAGO

Elle paraît très " molle " à l'entourage qui la soutient et qui constate l'apparition, dès la chute, de mouvements anormaux et incessants.

La température est à 36°8 - gorge normale -

. le genou droit est un peu douloureux, mais sans signes inflammatoires visibles

. le coude droit est douloureux le lendemain.

Progressivement, les mouvements anormaux deviennent plus amples et plus fréquents. La température oscille entre 37°5 et 38°.

A son arrivée dans le service, c'est une enfant pâle et amaigrie dont l'agitation est importante. Les mouvements incessants ont tous les caractères des mouvements choréïques : spontanés, brusques, brefs, sans but, non symétriques, espacés de quelques courtes phases de repos. Ils prédominent à la face et sont exagérés par l'interrogatoire et l'examen.

Les mouvements volontaires sont possibles mais limités.

La marche est très difficile tant l'instabilité est devenue grande.

La force musculaire est normale mais à la mobilisation des membres, on note une très nette hypotonie par hyperlaxité ligamentaire = les épreuves : talon sur la fesse et flexion dorsale du pied sont exagérées comme le ballant des extrémités. La douleur du genou droit persiste.

Les réflexes ostéotendineux et cutanés sont normaux.

La sensibilité est normale.

Quant au psychisme, il est bien difficile de l'explorer : le faciès est hébété, la parole rare.

A l'auscultation du cœur, un souffle systolique endoexpirien est entendu sans irradiations. La tension artérielle est à 12 - 7 , le pouls rapide 86 par minute. L'examen viscéral est négatif.

En résumé : un tableau clinique de chorée de Sydenham un peu particulier à cause de l'importance de l'hypotonie dès le début et déjà le problème d'un souffle systolique qui sera surveillé quotidiennement.



La sédimentation est à 25 m à la 1ère heure  
54 à la 2<sup>e</sup> heure  
101 à la 24<sup>e</sup> heure.

La fibrine = 3 g 46 n'est pas augmentée.

La numération formule sanguine normale.

Le Streptocoque hémolytique n'est pas trouvé dans la gorge ,  
et le taux des antistreptolysines à 480 unités.

L'électrocardiogramme est normal, l'espace PR est à 18/100°

Le traitement institué =

1 million de Pénicilline par jour  
30 mg de Cortancyl  
12 og de gardénal en 4 prises espacées.

Pendant une dizaine de jours, l'état clinique se modifie peu.

Puis, le 12 Décembre, l'agitation diminue,  
la fièvre oscille.

Le 13 Décembre, soit 23 jours après le début de la maladie :

La fièvre est à 40°

L'enfant est prostrée dans un mutisme absolu, ne répondant même pas à ses parents ;

Les mouvements choréïques sont faibles et l'hypotonie s'est considérablement majorée.

Les réflexes tendineux ne sont pas retrouvés.

Le 15 Décembre , après une profonde chute fébrile de 40° à 36°4 ,  
l'Hypotonie est encore plus intense, la prostration est telle qu'elle évoquera presque un coma.

La déshydratation qui s'amorçait à imposé la perfusion intra-veineuse pendant 48 heures de sérum glucosés et physiologiques.

Notons que la calcémie était à 91 mg/l et le Potassium sanguin à 175 mg/l avant la perfusion.

Pendant les huit jours qui suivirent, aucun mouvement choréïque ne peut être constaté, mais l'intensité de l'hypotonie diminuait et les réflexes tendineux réapparaissaient très faiblement.



Le Cortancyl dont les doses avaient été diminuées est cessé,

L'électroencéphalogramme montrait un rythme de base très peu ample, lent : 6 à 7 c/sec réagissant à l'ouverture des yeux symétrique et de nombreuses ondes lentes également peu amples de 3 à 5 c/sec à maximum temporel postérieur, un peu plus ample à droite,

Le 26 Décembre - la conscience est normale mais les paroles bien rares,

Les mouvements choréiques réapparaissent à l'occasion les mouvements volontaires,

Au mois de Janvier 1958, l'amélioration se poursuit, mais la fièvre est aux environs de 38° et les mouvements choréiques très nombreux de nouveau,

En Février au 3<sup>e</sup> mois de la maladie, la fièvre a disparu, l'enfant parle à nouveau correctement, s'intéresse à la lecture et commence à écrire,

La marche est très difficile car l'enfant même soutenue hésite et s'effondre souvent,

La force musculaire segmentaire est pourtant normale,

A la fin de Février, un nouvel électroencéphalogramme apporte un tracé très amélioré par rapport au précédent. Il est redevenu pratiquement normal,

Au mois de Mars 1957, l'enfant rééduquée quotidiennement, fait de rapides progrès :

l'écriture est régulière appliquée,

la marche est plus assurée sans appui et n'est plus interrompue par les chutes brutales et inattendues,

le tonus musculaire est presque normal mais il persiste encore une grande hyperextensibilité,

les mouvements choréiques sont rares seulement déclenchés par de gros efforts,

les reflexes tendineux normaux,

l'état général est excellent, le poids augmente,

la température est normale et il n'existe pas de cardiopathie : le souffle systolique constaté au début a totalement disparu,



Au début d'Avril , l'enfant part en convalescence, il ne reste de sa chorée molle qu'une hyperextensibilité et quelques rares mouvements des mains, et la vitesse de sédimentation est à 8 mm - 17 mm - 82 mm.

Elle continue à recevoir un traitement préventif : 2 injections de Pénicilline à long retard par mois.

---

1. The first part of the paper is devoted to a general discussion of the problem.

2. In the second part, we shall consider the case of a single particle.

3. The third part is devoted to the case of a system of particles.

4. In the fourth part, we shall consider the case of a continuous medium.

5. The fifth part is devoted to the case of a system of continuous media.

6. In the sixth part, we shall consider the case of a single continuous medium.

7. The seventh part is devoted to the case of a system of continuous media.

8. In the eighth part, we shall consider the case of a single continuous medium.

9. The ninth part is devoted to the case of a system of continuous media.

10. In the tenth part, we shall consider the case of a single continuous medium.

11. The eleventh part is devoted to the case of a system of continuous media.

12. In the twelfth part, we shall consider the case of a single continuous medium.

13. The thirteenth part is devoted to the case of a system of continuous media.

14. In the fourteenth part, we shall consider the case of a single continuous medium.

15. The fifteenth part is devoted to the case of a system of continuous media.

16. In the sixteenth part, we shall consider the case of a single continuous medium.

17. The seventeenth part is devoted to the case of a system of continuous media.

18. In the eighteenth part, we shall consider the case of a single continuous medium.

19. The nineteenth part is devoted to the case of a system of continuous media.

20. In the twentieth part, we shall consider the case of a single continuous medium.

21. The twenty-first part is devoted to the case of a system of continuous media.

22. In the twenty-second part, we shall consider the case of a single continuous medium.

23. The twenty-third part is devoted to the case of a system of continuous media.

24. In the twenty-fourth part, we shall consider the case of a single continuous medium.

25. The twenty-fifth part is devoted to the case of a system of continuous media.

26. In the twenty-sixth part, we shall consider the case of a single continuous medium.

27. The twenty-seventh part is devoted to the case of a system of continuous media.

28. In the twenty-eighth part, we shall consider the case of a single continuous medium.

29. The twenty-ninth part is devoted to the case of a system of continuous media.

30. In the thirtieth part, we shall consider the case of a single continuous medium.

31. The thirty-first part is devoted to the case of a system of continuous media.

32. In the thirty-second part, we shall consider the case of a single continuous medium.

33. The thirty-third part is devoted to the case of a system of continuous media.

34. In the thirty-fourth part, we shall consider the case of a single continuous medium.

35. The thirty-fifth part is devoted to the case of a system of continuous media.

36. In the thirty-sixth part, we shall consider the case of a single continuous medium.

37. The thirty-seventh part is devoted to the case of a system of continuous media.

38. In the thirty-eighth part, we shall consider the case of a single continuous medium.

## C O N C L U S I O N S

---

La Chorée Molle est une forme particulière et rare de la Chorée de Sydenham.

Todd, West et Ollive l'avaient successivement décrite entre 1850 et 1883.

Une récente observation a permis de retrouver et de préciser les caractéristiques, l'évolution et d'envisager les problèmes physiopathologiques de cette curieuse affection.

C'est l'intensité et la généralisation des troubles moteurs qui distinguent la chorée molle de la chorée commune.

Les mouvements choréiques y sont du même type, de la même intensité, mais leur évolution est différente.

Toute la maladie est dominée dans sa symptomatologie par le signe majeur : l'hypotonie.

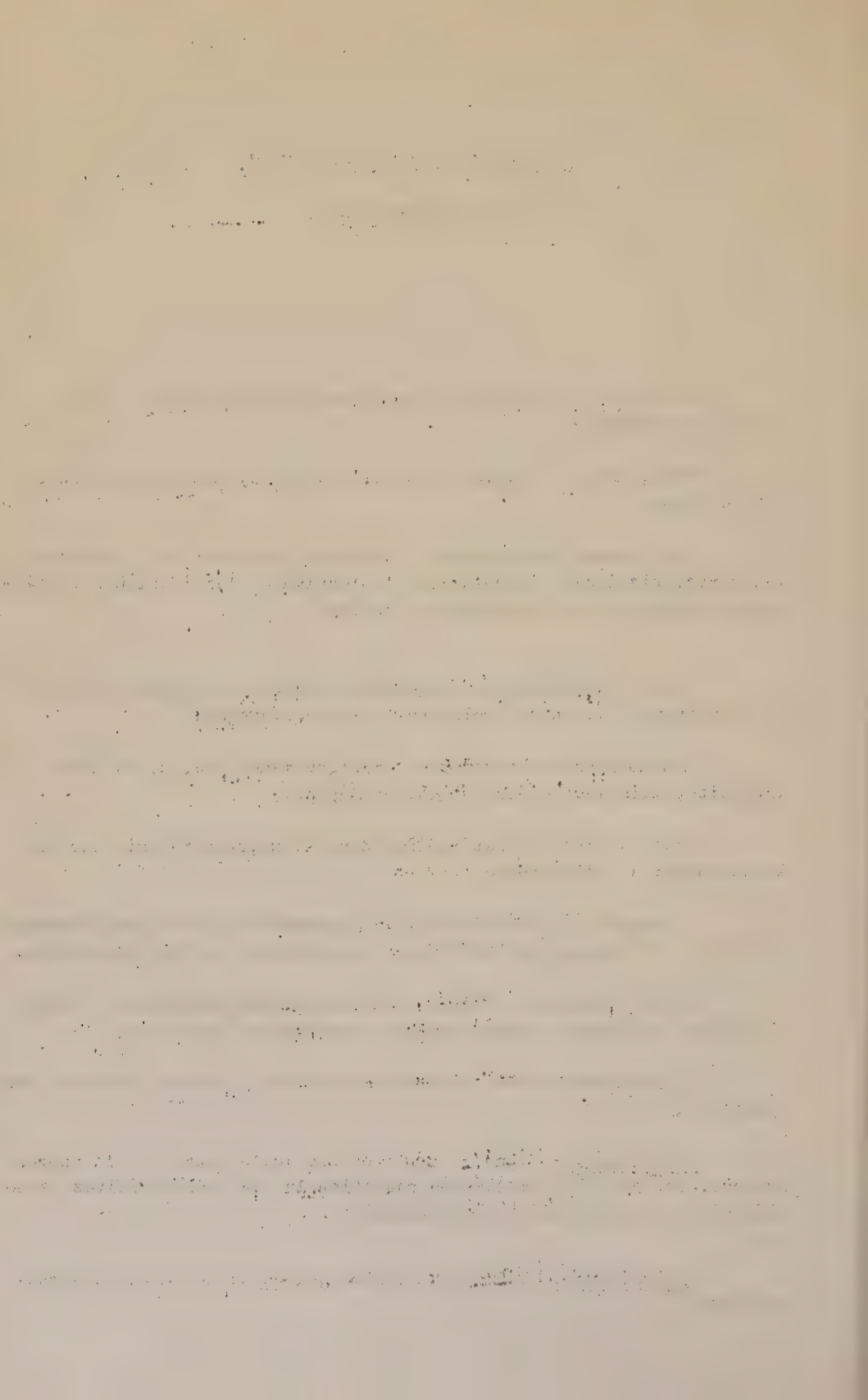
Au cours de la chorée molle, l'hypotonie atteint une intensité telle que les mouvements choreiques disparaissent presque totalement.

Cette hypotonie, devenue véritable atonie musculaire, réalise un tableau de grande asthénie motrice mais non de paralysie.

La guérison de ces troubles moteurs est la règle, toujours sans séquelles.

Le pronostic général de la chorée molle, comme de la chorée commune, est celui de la maladie rhumatismale avec ses récides et ses risques de constitution de cardiopathies.

Le traitement est aussi le même que celui de la maladie rhumatismale.



Si l'étiologie n'est guère discutable, par contre, les mécanismes physiopathologiques soulèvent bien des problèmes.

- Les rares documents anatomiques montrent l'existence de lésions importantes du système nerveux central et spécialement du Corps strié, associées à des lésions des muscles périphériques.

Elles ne peuvent rendre compte seules des variations de la symptomatologie au cours de la maladie.

- L'insuffisance surrénale qui a été démontrée comme constante au cours de la chorée ne peut expliquer des désordres pathologiques qu'une corticothérapie précoce et active ne corrige qu'inconstamment.

Les lésions étudiées ne sont que le reflet de désordres biologiques complexes et inexplorés.

---

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de  
PARIS :

J. SARRAILH

Le Doyen de la Faculté  
de Médecine :

L. BINET

Le Président de la  
Thèse :

J. CATHALA

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

## B I B L I O G R A P H I E

### Références

- 1 - SYDENHAM : Danse de Saint-Guy 1685
- 2 - BOUTEILLE : Traité de la chorée Paris 1810
- 3 - Germain SEE : De la chorée - Rapports du Rhumatisme et des maladies du coeur avec les affections nerveuses et convulsives.  
Mem. Acad. Medec.t. XV 1850 p.374 - 525
- 4 - GOWERS : de la chorée paralytique : Brit. Méd. Journ. 23.4. 1881
- 5 - Ch. WEST : Leçons cliniques sur les maladies des enfants
- 6 - OLLIVE : Paralysies chez les choreiques : Th. Paris 1883
- 7 - PERISSON : Paralysies et amyotrophies dans la chorée : Th.Bordeaux 1891
- 8 - MICHEL : Contribution à l'étude des paralysies dans la chorée Th. Paris 1883
- 9 - HEINEVETTER : Chorée paralytique : Iang Dissert Leipsick 1906
- 10 - V. HUTINEL : Traité des mal. des Enfants T.V. p 737 et suiv.  
Asselin et Houzeau 1909
- 11 - BABONNEIX : - Les chorées - Flammarion 1924  
- Conception actuelle de la chorée Sydenham - Sem. Hpp.Paris 13. 265. 280 Mai 1937
- 12 - MARINESCO : Etude anatomoclinique d'un cas de chorée molle consécutif à une fièvre rhumatismale.  
Ann. Med Nov. 36 - 40 p. 397 - 409

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

13 - André THOMAS :

- Chorée Sydenham maladie organique ,  
La Clinique 27.8.1909
- Chorée et reflectivité pathologique de l'écorce  
cérébrale. Presse Médicale 7.3.31 n° 19
- Observation anatomoclinique d'un cas de Ch. Molle  
Presse Médicale 27.10.45 n° 43 p. 575
- le Tonus ( Masson )

14 - OBARRIO :

- Pourquoi la chorée molle dans sa variété intercho-  
réique influence-t-elle les mouvements choreiques  
au point de les faire disparaître ?  
Prensa Med. Argent. 40 - 446-554  
Févr. 20 - 1953
- Quelles sont les lésions qui provoquent les trou-  
bles du tonus de la Ch. Molle ?  
Arch. Argent. pédiat. 41  
Janv. Févr. 1954

15 - HEINNEMAN : Hémichorée molle après amygdalectomie  
Arztliche Wochenschrift ( Berlin )  
16.9.1955 p. 855 - 857

16 - HOEFER : Etude électromyographique du système moteur.  
Montly Review of Psych. and Neurol. 1949  
T.117.3. p. 241. 256

17 - E. SCHIFF : 1 cas de Chorée Molle  
Jahrbuck fur Kinderheilkunde T. 134  
( p.143-148 ) Janvier 1932

18 - TABASTE : Thèse Paris 1940 = Contribution à l'étude clinique de  
la Chorée Molle

19 - LALISSE et LERIQUE - KOECHLIN : EEG dans la chorée  
Rev. neurol. 86. p. 139. 142 - 1952

20 - RONDOT : Des amyotrophies dans les paralysies de la chorée  
Gaz. Hebdom. Sc. méd. Bordeaux 1889

21 - ELLOY : Chorées amyotrophiques Th. Paris 1909

2. The second part outlines the various methods and techniques used to collect and analyze data. It includes a detailed description of the experimental procedures and the statistical tools employed.

3. The third part presents the results of the study, showing the trends and patterns observed in the data. It includes several tables and graphs to illustrate the findings.

4. The fourth part discusses the implications of the results and provides recommendations for future research. It highlights the areas that need further exploration and the potential applications of the findings.

5. The final part of the document is a conclusion that summarizes the key points and reiterates the significance of the study. It expresses the hope that the research will contribute to the understanding of the subject matter.

- 22 - HARVIER - LEVADITI : Preuve anatomique et expérimentale de l'identité de nature entre certaines chorées aiguës graves fébriles et l'encéphalite aiguë épidémique.  
B.M. Soc. Med. Hop. Paris 75. 1920 p. 583.
- 23 - SOUQUES : Formes choreiques de l'encéphalite léthargique
- 24 - RINDFLEISCH : 1 cas d'hémichorée molle  
Deutsche Ztschr. F. Nerv. enk. Leipz 1902  
3. XXIII
- 25 - PLUVINAGE : Mécanisme physiopathol. des mouvements choréiques  
Rev. Praticien T.VII p. 122 - 11.1.57
- 26 - SERGENT - BESSET : Paralysie choréique et insuff. surrénale  
Bull. et Mém. Soc. Med Hop. Paris 1910  
3. p. 835 - 840.
- 27 - MAURY : Formes malignes de la Ch. de Sydenham  
Th. Paris 1938 n° 476
- 28 - DELAY : Chorée de Sydenham, E.M.C. = Syst. nerveux
- 29 - AINGERS et coll. Etiologie pathogénie - effets de l'hormonothérapie  
Am. J. Dis. Childr. 89 (p.575.579) Mai 1955
- 30 - BOUDIN : Traitement de la chorée par la Cortisone  
Rev. Neur. 85 1951
- 31 - TORRES - MARTY : Traitement de la chorée par la Deltacortisone  
Arch. Pediatr. Espagne n° 40 p.379 .  
J. Février 1957
- 32.- A. SEGERS : 1 cas de chorée molle  
Revisto de especialidades 4 ( 72-75 ) -  
Avr. Mai 1929.
-

1. 1948

1910

... ..



